UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Patologia General

TESIS DOCTORAL

Diagnóstico endoscópico en el estómago operado

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Eduardo Rodríguez Sánchez

Madrid, 2015

Eduardo Rodríguez Sánchez

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO EN EL ESTOMAGO OPERADO

Departamento de Patología General
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
1984

Colección Tesis Doctorales. Nº 61/84

Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1984
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-10315-1984

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
DE LA
FACULTAD DE MEDICINA
MADRID - 3
CATEDRA DE PATOLOGIA GENERAL
Prof. Dr. A. Fernandez-Cruz Jr.

ARTURO FERNANDEZ-CRUZ PEREZ, CATEDRATICO DE PATOLOGIA GENERAL Y PROPEDEUTICA CLINICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

C E R T I F I C A: Que los trabajos de experimentación y clínicos, que corresponden para TESIS DOCTORAL, han sido realizados bajo mi dirección, en colaboración con el Prof. Dr. A. Fernández-Cruz Liñan, por el Licenciado en Medicina y Cirugía, D. Eduardo Rodriguez Sánchez, sobre el tema "DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO EN EL ESTOMAGO OPERADO, considerandolo APTO para ser admitido como TESIS DOCTORAL.

Madrid, 13 de julio de 1.981

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
CATEDRA
PATOLOGIA
GENERAL

FDO. EL CATEDRATICO.

" DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO EN EL ESTOMAGO OPERADO "

Tesis doctoral presentada por el Licenciado EDUARDO RODRIGUEZ SANCHEZ, para optar al título de Doctor en Medicina.

Director: Profesor A. Fernandez-Cruz Perez

I N D I C E

TOMO I.-

" No basta con que el médico se consagre a su tarea: debe ayudarle el enfermo y todos los que le rodean "

(HIPOCRATES)

A mis padres
A mi esposa y
A mis hijos.

A G R A D E C I M I E N T O

En el capítulo del agradecimiento se acumulan múltiples facetas dadas las grandes ayudas recibidas en esta tesis, sin embargo y siguiendo un orden cronológico tenemos que comenzar recordando a nuestro Maestro, Profesor Fernandez-Cruz Liñan, que con su gran visión cientifica nos aconsejó la temática del trabajo, marcandonos con su docta experiencia las pautas sucesivas del mismo, para obtener unos resultados satisfactorios. Esta inicial gestación de la idea fué continuada en su realización, con su control personal junto a sus valiosas aportaciones clínicas. Por todo ello, es este primer recuerdo a su gran figura con el profundo agradecimiento por su ayuda.

El súbito e inesperado fallecimiento de nuestro Maestro,nos privó de la continuidad de asesoramiento y dirección, pero encontramos en su seguidor, Profesor Fernandez-Cruz Perez un consejero y director incomparable, introduciendose en la temática del trabajo iniciado, marcando nuevas pautas y facetas y consiguiendo una absoluta iden

tificación con el mismo, por lo que su gran experiencia clínica y dotes pedagógicos nos han ayudado de forma incalculable para la feliz terminación del trabajo. Por todo ello, nuestro agradecimiento ha de dirigirse en términos totales al Profesor Fernandez-Cruz, Jr.

En un trabajo como el realizado, se supone que en su desarrollo han intervenido numerosas personas y Servicios, aunque la realización haya sido personal. Es por ello, que en el capítulo del agradecimiento debamos tener una mención especial a varios Servicios de nuestro Hospital:

En primer lugar, a mis compañeros médicos ATS y auxiliares, del Servicio de Medicina Interna, con su Jefe, Dr. Grande Barragan, a la cabeza sin cuya ayuda, colaboración y en muchas ocasiones, paciencia, no podriamos haber llevado a buen fín nuestro proyecto.

Al Servicio de Anatomia Patológica del Dr Carbajo Vicente, que nos ha hecho todos los estudios histológicos y ha colaborado entusiasticamente, tanto en el trabajo como en el estímulo cotidiano para su continuidad.

Al Servicio de Radiologia del Dr. Negrillo Ortega, donde se realizaron dichos estudios y con los que hemos mantenido un constante e íntimo contacto, para poder sacar conclusiones positivas en las exploraciones comparativas radiologicas-endoscópicas.

Al personal de la Unidad Endoscópica, a nuestra colaboradora, Srta. Mercedes Duro, que con su interes, ilusión y su "mimo" femenino, nos ha mantenido todo el aparatage en unas condiciones idóneas para obtener el máximo de rentabilidad.

A nuestra secretaria Srta. Nieves Gomez, que con su eficacia, entrega y paciencia, nos ha permitido sacar el mayor rendimiento a los archivos, aparte de haber tenido que mecanografiar múltiples veces los distintos capítulos por sucesivas modificaciones.

Por último, creo que mi final gratitud de de dirigirla en tres sentidos, uno humano, mi mujer, que ha tolerado pacientemente múltiples ausencias por este trabajo con alegria y continua estimulación, cuando el desaliento me invadia.

Otro, profesional, a mi padre, Dr. Rodriguez Arevalo, que con su ejemplo de estudio, entrega y abnegación a sus 73 años me ha servido de antorcha luminaria en mis horas de desánimo, y por último, a todos los enfermos que con su confianza han sido la pieza fundamental en este trabajo.

Finalmente, como recopilación, creo que que esta Tesis no deberia firmarla yo, sino todos los que anteriormente he ido citando. ! GRACIAS !

CAPITULO III :

I N T R O D U C C I O N G E N E R A L

A.- EVOLUCION HISTORICA DE LA ENDOSCOPIA

Desde las ancestrales épocas en que la Medicina o "arte de curar" estaba en manos de brujos, magos y chamanes, hasta la actualidad, época de ordenadores, estudios computarizados y sistemas científicos supersofisticados, la ciencia médica ha ido paulatinamente extrayendo facetas de su ser, de manos del empirismo y convirtiéndolo en hechos probados y reales, en los que se ha basado para incrementar sus conocimientos.

Uno de sus afanes, tal vez el más importante, ha sido el intentar objetivar los diagnósticos de las enfermedades, en hechos con sustratos anatómicos concretos. En el campo del tracto digestivo superior, siempre ha habido un intento de obtener los diagnósticos mediante la visualización directa de las mucosas y el poder extraer fragmentos de la misma, para con su estudio, conseguir la seguridad diagnóstica.

Por ello, no es de extrañar que la técnica endoscópica se remonte en su historia m´as allá de un siglo, concretamente al año 1868, en que KUSSMAUL (1-2-3-4), hizo el primer intento de introducir un tubo rígido a través de la boca para visualizar la cavidad gástrica. Parece que la --

idea, le surgió al contemplar el espectáculo circense de los "tragadores de sables" (1-5), por lo que pensó que sería factible superar las estrecheces y angulaciones existentes desde la boca hasta el estómago. Ni que decir tiene, que para conseguir tal objetivo, los inconvenientes eran múltiples, hasta el punto que en algunas ocasiones exigía la extracción previa de incisivos (1), aparte de las grandes molestias que el enfermo experimentaba con la exploración.

Estas dificultades no sólo derivaban del paciente, sino del instrumental, sobre todo en lo referente al sistema de iluminación, intentándose mediante una lámpara de alcohol y obteniendo unos resultados rara vez positivos, por lo que hubo de rendirse a la evidencia y abandonar como impracticable su "ingeniosa idea".

Más adelante, surgen por los distintos autores, nuevos intentos para salvar estos obstáculos, utilizándose hilos de platino incandescentes como fuente de iluminación (6), (1879) pero debido a las quemaduras producidas, sólo podían usarse en cadáveres. MIKULITZZ (7), empleaba un bulbo de vidrio enfriado por agua como protector

de la fuente luminosa. Otros autores inventan a principios de siglo XX nuevos instrumentos (KE-- LLIN, SCUTTAR Y THOMPSONS) (1-8-9), pero por su complejidad y dificultades no llegan a ser utilizados.

Durante el primer tercio del siglo actual, el desarrollo de la radiología comienza a tener un gran auge, lo que unido a las dificultades en los intentos endoscópicos, hacen que esta técnica sea prácticamente olvidada hasta que en el -- año 1932, SCHINDLER (1-2-10-11), presenta su gastroscopio semiflexible, que constaba de una porción proximal rígida y una distal flexible, formada por un tubo de goma donde se encontraban numerosas lentes de distancia focal muy corta. Con éste aparato, la endoscopia comienza a difundirse gracias a su mejor tolerancia, buenas imágenes y relativa facilidad de manejo, surgiendo -- trabajos de diferentes autores (1-10-11) que --- aportan los primeros datos de la patología endoscópica.

Sin embargo, la gastroscopia sigue relegada a grandes Centros, dado que para su manejo se exige una gran experiencia y habilidad técnica,

y por otra parte, enfermos adecuados sin estar - exenta de peligros (1-12-13).

Durante muchos años era conocido el principio de la transmisión de la luz a través del vidrio, aunque éste sea muy fino y presente múltiples incurvaciones, siendo aplicado en numerosas facetas de la Ciencia. LOGIE BAIRD (1), descubre que lo mismo que se transmite la luz pueden transmitirse las imágenes, no siendo aplicado a la -- técnica endoscópica hasta que HIRSCHOWITZ (14), fabrica el primer endoscopio flexible en la década de los 50, constituído por un tubo de 11 mm. de diámetro en el que se encierran 200.000 fi--- bras de vidrio de minúsculo calibre (el doble de un hematíe),obtenidas de roca silícea y aisladas entre sí por medio de una película especial que evita los fenómenos de dispersión e interferen-- cias luminosas. El extremo proximal porta el ocular, el mecanismo para enfoque de las lentes distales y una conexión en la cual se enchufa un -- dispositivo que permite la introducción de aire en la cavidad gástrica .

Posteriormente y para poder examinar el -- esófago, LO PRESTI (15), idea un esofagoscopio -

con objetivo orientado longitudinalmente al eje del endoscopio, lo que permite la visión frontal. A partir de estos momentos se abre un campo ilimitado, donde la concatenación de la ingeniería física con la ciencia médica va consiguiendo grandes avances, tanto en la manejabilidad de los aparatos, iluminación de los mismos a base de fuentes de luz externas con alta potencia lumínica, que no sólo permiten la visión sino también la fotografía, T.V. y cine (10-16-17-18); sistemas de aspiración, insuflación y lavados incorporados con mecanismos de giro de la extremidad distal, controlados en la proximal, que han logrado una gran manejabilidad y eficacia en el instrumental que hoy dia tenemos.

Estas características y perfeccionamiento técnico, unido a la inocuidad de la exploración, han logrado introducir la endoscopia digestiva de una forma rutinaria, como técnica diagnóstica e incluso en estos últimos años sus aplicaciones terapeúticas son cada día más numerosas, abriéndose un amplio porvenir a esta nueva especialidad médica.(Cuadro nº 1)

CUADRO 1

HISTORIA DE LA ENDOSCOPIA

AÑO	AUTOR	CARACTERISTICAS
1868	KUSSMAUL	TUBO RIGIDO ILUMINADO CON LAMPARA DE ALCOHOL
1879	NITZE	TUBO RIGIDO CON HILO PLATINO INCANDESCENTE
1896	JACKSON	TUBÓ RIGIDO CON LAMPARA REFRIGERADA POR AGUA
1900 - 1930	DESARROLLO DE LA RADIOLOGIA	
1932	SCHINDLER	GASTROSCOPIO SEMIRRIGIDO
1950	BAIRD	TRANSMISION DE LAS IMAGENES A TRAVES DE FIBRAS DE VIDRIO
1958	HIRSCHOWITZ	GASTROSCOPIO FLEXIBLE
1959	LO PRESTI	ESOFAGOSCOPIO FLEXIBLE
1960-74	ENDOSCOPIOS MACHIDA Y OLYMPUS	
1975 - 1980	ENDOSCOPIOS OPERATORIOS	

B.- TECNICA Y COMPLICACIONES DE LA EXPLORACION ENDOSCOPICA:

- PREPARACION A LA TECNICA Y SUS COMPLICACIONES.

- REALIZACION, COMPLICACIONES DE LA MISMA.

- NORMAS ENDOSCOPICAS.

PREPARACION A LA TECNICA.-

La técnica de esta exploración, creemos no ofrece dificultades y sí tan sólo un serio aprendizaje, seguido posteriormente de una asídua utilización, con lo que a la vuelta de pocos meses cada explorador, basado en unas directrices comunes, habrá adquirido su t'ecnica personal que será la que mejores resultados le dé.

Como siempre, dentro de una técnica especial de carácter si no agresiva, sí desagradable para el enfermo, es premisa fundamental que nos ayudará mucho en su realización, el mantener con el enfermo una previa conversación, en la cual se le explique de forma minuciosa, en qué consiste, remarcándole las grandes ventajas que puede obtener de ella e insistiéndole en la inocuidad y falta de peligros de la misma, y por último y de pasada, indicarle que podrá sentir alguna molestia mínima carente de importancia.

Una vez convencido el enfermo de todos estos puntos y captada la confianza del mismo, --

creemos es el momento en el cual debe comenzar - la preparación propiamente dicha.

Respecto a la premedicación utilizada en - la endoscopia, existe una amplia gama de procederes que van desde la ausencia de la misma, hasta los que manejan varios fármacos acercándose a la anestesia (1-2-4-16-19). Entre ambos extremos, - existen varias sistemáticas farmacológicas e incluso físicas, tales como procederes de acupuntura, con al parecer buenos resultados(20).

El intentar hacer un repaso de todas estas medidas no es nuestro objetivo, por lo que nos - limitaremos de una forma concisa a narrar nuestro sistema habitual, sin querer pecar de axiomáticos, pero sí insistiendo en que con el mismo, obtenemos unos resultados positivos que nos permiten hacer la endoscopia con facilidad, buena - tolerancia y lo que tal vez consideremos más importante, el que prácticamente no tengan un recuerdo desagradable, lo que nos permitirá repetir la exploración si creyéramos fuera necesario

Al principio de nuestra experiencia aplicábamos de una forma sistemática una ampolla I.V.

de 10 mgrs. de Diazepan y unos 2 c.c. de Dolantina en el mismo momento de la endoscopia, de forma muy lenta y manteniendo con el enfermo una -- breve conversación que nos permite apreciar el - inicio de una ligera disartria y bradipsiquia, - en cuyo momento suspendemos la inyección. Con esta sistemática tuvimos en alguna ocasión, problemas respiratorios sobre todo en broncópatas crónicos y enfermos seniles, que si bien se solucionaron fácilmente, con la administración del antídoto específico (Morfalil), no dejaron de ser -- bastante desagradables.

Por ello, paulatinamente e introduciendo - en la valoración factores tales como el estado - general, edad, peso, patología acompañante, etc. hemos ido disminuyendo la dosis de ambos medicamentos, sobre todo la dolantina, llegando en casos especiales a inyectar exclusivamente el diazepan.

En la actualidad, no podemos preconizar -- una dosis standard, siendo ésta muy particular y evaluada singularmente para cada enfermo endoscopiado.

Si estos problemas han surgido de forma -- fundamental debido al opiáceo por su efecto de-- presor respiratorio, también nos han surgido algunos inconvenientes con la administración directa del Diazepan, sobre todo teniendo en cuenta - que este tiempo de la endoscopia, en algunas ocasiones, es realizado por el ayudante, por lo que a veces no tenemos control de la rapidez de la - inyección. Por ello, en estos dos últimos años - mezclamos los dos fármacos con 3 ó 4 c.c. de suero fisiológico o agua destilada, subsanándose estos inconvenientes.(Foto nº 1)

Hemos utilizado en nuestras primeras endoscopias, analgésicos tipo Pentazozina unas horas antes, e incluso verificado anestesia faríngea. Ambos procederes los hemos eliminado por no ha-- ber obtenido ninguna mejoría respecto a la tolerancia por parte del enfermo.

Aparte de la premedicación, como es lógico exigimos un PERIODO DE AYUNAS absoluto de unas 8 horas. No practicamos lavados previos salvo en - los casos de enfermos retencionistas para evitar que dichos restos alimenticios dificulten la visión.

Igualmente es aconsejable el que los pa--- cientes no hayan sido explorados radiológicamente con papilla baritada al menos 48 horas antes, dado que pueden quedar restos de la misma adheridos a la mucosa que interferirían la exploración

Mención especial merecen los sangrantes por sus distintas peculiaridades. La más importante es el que es imprescindible un rápido diagnóstico para conocer el punto sangrante y aplicar la terapeútica adecuada.

En segundo lugar, las condiciones hemodinámicas de shock en estos enfermos, hacen que la - exploración tenga un mayor riesgo, por lo que en muchas ocasiones suprimimos la inducción farmacológica e intentamos realizar la técnica con la - máxima celeridad.

En tercer lugar, la presencia de sangre o restos de la misma en la cavidad gástrica es un factor que entorpece considerablemente la visión normal de las mucosas, por lo que de forma habitual, practicamos previamente lavado, lo que de una parte limpia la cavidad y de otra hace de hemostasia, al mismo tiempo que se instauran las -

mínimas medidas de reposición hemodinámica que - permitan una viabilidad a la exploración (Cuadro nº 2).

FOTO 1 : Inducción del enfermo

CUADRO 2

PREPARACION A LA TECNICA ENDOSCOPICA

1.- MENTALIZACION DEL ENFERMO

2.- AYUNAS DE 8 HORAS

3.- INYECCION INTRAVENOSA DE DIAZEPAN Y DOLANTINA CON SUERO FISIOLOGICO EN EL MOMENTO DE LA EXPLORACION

4.- LAVADOS EN RETENCIONISTAS Y SANGRANTES

REALIZACION A LA TECNICA.-

Podríamos hacer varios apartados en ella, tal como la colocación del paciente, introducción y progresión del aparato y por último la exploración de las mucosas.

El enfermo puede colocarse en cualquier postura, incluso sentado, pero tal vez por la situación anatómica del estómago, y por qué no decirlo, por habernos acostumbrado a ello, preferimos mantenerlo en decúbito lateral izquierdo, bien en una camilla de exploración o en su propia cama, eso sí, huímos de practicar la exploración en las habitaciones del enfermo, prefiriendo por varios factores, hacerlas en la sala de endoscopia, pues por una parte, el traslado de los aparatos y sobre todo las fuentes de luz son perjudiciales para los mismos, y de otra, el tener todo preparado y con personal entrenado, simplifica y hace más rápida e inocua la exploración. (Foto nº 2)

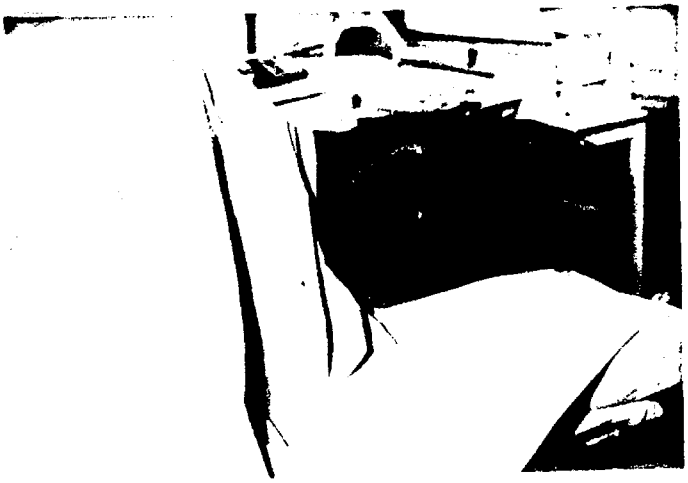


FOTO 2 : Colocación del enfermo

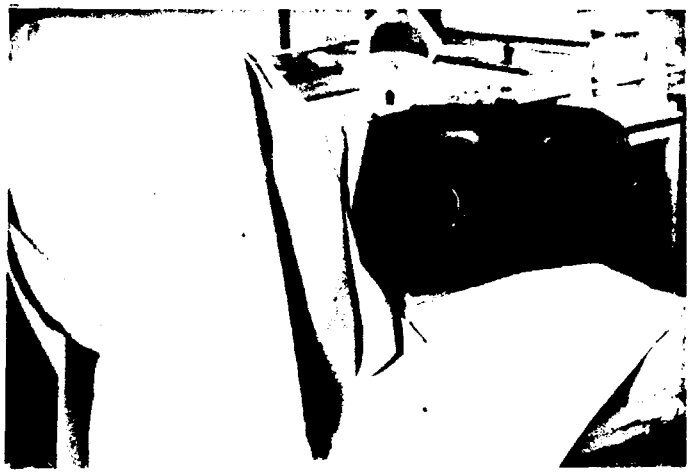


FOTO 3 : Colocación del protector

La forma de introducción del endoscopio no suele ofrecer dificultades, de hecho es muy semejante a cualquer sonda gástrica tipo "Fouché". El primer cuidado que hemos de tener es el evitar la mordedura del aparato, pues es sin duda una de las causas más frecuentes de avería, lo que encarece, por los elevados precios y tardanza de los mismos, el costo de la exploración. Para ello, colocaremos un protector dentario a cuyo través introducimos el gastroscopio en la cavidad bucal; si el enfermo tuviera alguna prótesis dentaria es conveniente quitársela, pues si no, con los movimientos podría desprenderse y dificultarnos la técnica. (Foto nº 3)

Una vez en la boca y cogiendo la punta del gastroscopio con la mano izquierda entre el dedo medio e índice, procuramos mantenerlo en el centro de la base de la lengua, deprimiéndola, y empujando suave pero continuadamente, con la mano derecha que coge el tubo más proximalmente a manera de lápiz, salvamos la hipofaringe, en cuyo momento se aprecia una leve resistencia que corresponde a la boca de Killian, que suele vencerse manteniendo la presión continuada, el tubo --

centralizado y ordenando al enfermo que realice movimientos deglutorios (foto nº 4). Durante este tiempo, un ayudante mantiene la extremidad -- proximal del gastroscopio con los frenos de angulación libres. Muchos endoscopistas introducen - el aparato sin haber puesto el protector entre - los dientes (posteriormente lo colocan) y sin dirigir digitalmente la punta del mismo, pero en - nuestra experiencia, con estos pequeños detalles evitamos problemas en esta parte. (Foto nº 5)

Las dificultades que encontramos en esta - fase son de escasa cuantía y fácilmente superables, de tal manera, que en toda nuestra experiencia endoscópica, sólo hemos tenido un caso y además en estos últimos meses, en el que, sin saber la razón, no pudimos introducir el endoscopio.

Las incidencias más frecuentes son el que caigamos en uno de los fondos laterales de la faringe, lo que significa que el aparato se ha lateralizado y que se evita naturalmente, manteniendo la centralización del mismo en la lengua. En otros casos, encontramos una mayor resistencia a nivel del hiato esofágico que suele obede-

cer a un espamo del mismo, salvándose mediante - presión suave y contínua sobre la misma, sin maniobras bruscas, de tal forma que si en unos segundos no se ha conseguido, es conveniente coger los mandos del gastroscopio y con visión directa introducir el aparato.

En un número reducido de casos, el endoscopio se ha introducido en laringe, lo que se traduce por una crisis de disnea, sofocación y cianosis, visualizándose perfectamente los anillos traqueales; en estas ocasiones con la retirada - del endoscopio, desaparecen los problemas, siendo aconsejable descansar unos minutos antes de - intentar nuevamente la exploración, en esta ocasión controlándola con visión directa, en cuyo - caso el ayudante maneja la punta del aparato y - nosotros, con la angulación, la dirigimos adecuadamente según la imagen que vemos.

Una vez dentro de la luz esofágica y me--- diante insuflación progresiva para obtener cámara aérea que nos permita la visión, vamos progresando paulatinamente, observando las características de las mucosas y peculiaridades del peristaltismo. Esta fase se consigue con los aparatos

de visión frontal, pues en los de luz lateral ha de realizarse a ciegas, ya que la cámara no es - suficiente para conseguir una buena distensión y el aparato se pega a la mucosa.

Ya en el cardias, éste se identifica a manera de roseta con pliegues convergentes en contínuo movimiento y con una línea festoneada muy evidente entre la mucosa rosa pálida del esófago y rojo más intenso del estómago.

El cardias, normalmente se localiza a unos 40 (+ -) 5 cms. de la arcada dentaria, sin permitir en condiciones normales el reflujo del contenido gástrico. Una vez dentro de la cavidad -- gástrica, es necesario la dilatación de la misma mediante insuflación para conseguir su visualización. En esta maniobra encontramos dificultades en el estómago operado, dado que la anastómosis es poco continente, permitiendo que el aire se - escape a intestino, por lo que la insuflación ha de ser constante.

Este problema es menos importante en el estómago intacto, pues pese a tener algún drenaje, los pliegues que rodean la anastómosis suelen ac

tuar a mancera de seudoválvula.

El segundo problema es de orientación, sobre todo en los estómagos no resecados, dado que hemos de buscar puntos standard de referencia que nos permitan conocer la localización de la zona - que estamos explorando. El primero de ellos es el lago mucoso, que no es otra cosa que el resto de líquido y secrección que siempre contiene el estómago y que lógicamente se deposita en la parte -- más declive, y si recordamos que el enfermo está en decúbito lateral izquierdo, esta será la zona superior de la curvadura mayor.

El segundo punto de referencia es el additus ad antrum o esfinter del antro, que es la representación endoscópica de la incisura angularis , visualizándose como un arco de media punta cuya porción superior corresponde a la curvadura menor , la inferior a la mayor y sus caras anterior y - posterior a las respectivas del estómago.

Otro punto de guía es el píloro, visualizándose como un orificio al cual convergen los -- pliegues y las ondas peristálticas produciendo su cierre y apertura continuada.

FOTO 4 : Introducción del gastroscopio

FOTO 5 : Manejo del ayudante

En los estómagos resecados, el punto fundamental de orientación es la boca anastomótica que suele visualizarse nada más pasar a la cavidad gástrica. En los casos de gastroenterostomía Bilrroth II, la identificación del asa eferente y aferente se logrará mediante la visualización de reflujo biliar, el cual indicará corresponde a ésta.

En aquellos casos en los que el enfermo ha sido sometido a gastroenterostomía sin resección, otro punto de referencia será la visualización de dicha anastómosis, cosa que en ocasiones no es sencillo dado que se esconde entre los pliegues de la curvadura mayor, por lo que debemos realizar una marcada insuflación para conseguir el aplanamiento de los mismos.

En los casos en los que el drenaje ha sido una piloroplastia, el localizar el píloro, como anteriormente decíamos, es prácticamente imposible dado que el campo anatómico ha sufrido una variación importante, habiendo desaparecido su morfología puntiforme, convirtiéndose en una hendidura o desfiladero en donde es difícil asegurar dónde acaba la mucosa gástrica y empieza la duodenal.

La exploración de la mucosa de la porción vertical gástrica, incisura y porción terminal -- del antro, no suele tener dificultades; éstas surgen por el contrario para visualizar la zona subcardial del fornix y parte proximal del techo del antro. Ambas zonas ciegas se consiguen objetivar mediante la retrovisión, que no es otra cosa que una vez llegado el aparato al antro, se flexiona dorsalmente al máximo la punta del mismo y continuando la introducción, se consigue "enroscar" la extremidad distal visualizándose la región referida.

Para ver el antro, esta maniobra deberá -- realizarse mediante una flexión ventral forzada a nivel del píloro. Esta técnica de retrovisión tiene el inconveniente del deterioro de las fibras - ópticas y provocar ocasionalmente molestias al enfermo, siendo sobre todo dificil su realización - en los estómagos resecados.

Ultimamente con la aparición de fibroscopios de mayor flexibilidad y menor calibre, estas operaciones resultan mucho más sencillas y menos molestas para el paciente. Igualmente, la utilización de los gastroscopios de visión lateral, con-

sigue la retrovisión con gran facilidad, pero por el contrario, su empleo presenta marcados inconvenientes que más adelante detallaremos.

En ocasiones, la localización del orificio pilórico es dificultosa, sobre todo en aquellos casos portadores de grandes deformidades y retracciones ulcerosas. En estos, es aconsejable apoyar el endoscopio a nivel de la curvadura mayor del antro y seguir avanzando paralelamente a las ondas peristálticas que serán las que nos lleven a mostrar el píloro.

NORMAS ENDOSCOPICAS.-

1.- Salvo en los casos de endoscopia de urgencia es aconsejable tener radiología previa que nos servirá de gran ayuda y orientación para realizar la exploración. Si esto es general para todas las endoscopias, podemos considerarlo imprescindible en los estómagos operados por la pérdida que ha sufrido su anatomía normal.

2.- Es conveniente que durante la primera fase de la exploración nos preocupemos de la introducción del aparato, dejando para el momento de su retirada y mediante movimientos en sacacorchos, la exploración detallada de las mucosas.

3.- Procurar, mediante insuflación continuada, sobre todo en los estómagos resecados, conseguir mantener una cámara adecuada y el aplanamiento de los pliegues, dado que entre ellos se pueden ocultar lesiones mucosas.

4.- La utilización de la aspiración debe realizarse cuando tengamos líquido que impida la visión, procurando que la extremidad esté sumergida en el mismo y teniendo en cuenta la posibilidad de psovocar lesiones hiperémicas a manera de pequeños hematomas en la mucosa.

5.- Las exploraciones deben realizarse sistemáticamente de forma completa, de tal manera que la visualización de una lesión en la zona superior esofagogástrica, no descarta la existencia de patología en otro lugar.

6.- Una última norma muy aconsejable es que si al final de la retirada no hemos logrado objetivar lesiones, es conveniente volver a introducir el tubo, pues a veces encontramos patología que nos había pasado inadvertida.

C.- INDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA

- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA
- ENDOSCOPIA TERAPEUTICA

CONTRAINDICACIONES

De una forma general podemos contemplar el campo de las indicaciones de la exploración endoscópica, observando que este va sufriendo una evolución cada vez más amplia conforme se va adquiriendo mayor experiencia (4-21-22-23) y siempre complementaria y no contrapuesta a la radiología (21), de tal manera que ambos estudios deben formar parte del psotocolo habitual de los enfermos del tracto digestivo superior, con lo cual, se obtienen unos porcentajes de positividad superiores a los que se alcanzarían con cada una de las técnicas independientemente (3-4-24).

Esquematizando y con fines didácticos, podemos distinguir dos grandes facetas dentro de las indicaciones:

- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

- ENDOSCOPIA TERAPEUTICA

ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA.-

Personalmente y aunque parezca exagerado, creemos susceptible de endoscopia todo padecimiento del tracto digestivo superior, tanto si han sido objetivados previamente por radiología, como - si han pasado inadvertidos a ésta, dado que nos - servirá para la confirmación diagnóstica, obtención de la biopsia correspondiente que aporte las características histológicas de la lesión y la posible asociación con otra patología.(Foto nº 6-7)

El SINDROME DISPEPTICO, cajón de sastre de la práctica gastroenterológica, con su correspondiente radiología negativa, creemos constituye -- una indicación absoluta de ésta (4-21-24-25), de tal manera, que su práctica va reduciendo paulatinamente los enfermos etiquetados con dicho diagnóstico.

La detección PRECOZ DEL CANCER GASTRICO es una meta y un desafío constante que la endoscopia tiene planteada y que de forma paulatina va avanzando en el mismo. No cabe duda que con este pro-

ceder se están consiguiendo porcentajes verdaderamente considerables, combinando tanto la biopsia, cepillado de la lesión y citología del lavado. En este campo la Escuela Japonesa posee una gran experiencia (22-24-26), llegando por ejemplo a afirmar la existencia de 20 a 30.000 cánceres precoces diagnosticados (27-28), siendo paradógico que en el mismo periodo en Europa sólo se detectaron 72 casos, afirmándose que en el Japón llegan a diagnosticarse 2 de cada 4 cánceres en estadío precoz, en contrapartida con lo sucedido en el medio europeo, en el que según Kitter (26), se detectan 1 de cada 15.

La HEMORRAGIA DIGESTIVA constituye uno de los procesos en el que la exploración endoscópica ocupa el primer lugar, tanto en importancia como en la sistemática cronológica. En ellas, la endoscopia permite visualizar la lesión o lesiones que padece el paciente y las que estén o hayan sangrado. Los datos obtenidos con estos enfermos serán directamente proporcionales a la precocidad de la exploración, considerando de forma personal que ésta debe hacerse dentro de las 24 primeras horas de la hemorragia (29-30-31-32), sin embargo, en la literatura hay quien no considera imprescindi-

ble esta precocidad, dado que si bien se obtiene un mayor porcentaje de diagnósticos, éste no reporta un beneficio en cuanto al tratamiento y mortalidad (33), pudiendo surgir mayor número de complicaciones (33-34).

La exploración del ESTOMAGO OPERADO es de los campos en los que la endoscopia ha beneficiado considerablemente el diagnóstico, dándose en la mayoría de las estadísticas una diferencia entre la exploración radiológica y endoscópica en estos enfermos, hasta del 60-90% (23-29-35-36).

El estudio del ENFERMO ICTERICO es otra de las aplicaciones de la endoscopia con vistas a cateterizar la papila y a realizar la colangio-pancreatografía retrógrada (37-38-39). Esta técnica, aunque es de gran ayuda para el diagnóstico, necesita una gran experiencia en la misma dada la dificultad para la canalización y tener un mayor número de complicaciones que la endoscopia habitual.

FOTO 6 : Toma de foto

FOTO 7 : Toma de biopsia

De forma esquemática podemos por tanto considerar indicada la endoscopia em:

1.- Enfermedades esófago-gastro-duodenales (confirmación e histología).

2.- Cirrosis hepática (varices y ulcus).

3.- Hemorragias digestivas.

4.- Estómago operado.

5.- Ictericias obstructivas.

Hemos dejado a propósito en un apartado especial, la importancia de la indicación endoscópica en la úlcera péptica en general. En este sentido creemos que hemos de contemplar bajo un punto de vista diferente, la úlcera gástrica y la duodenal.

Respecto al ulcus gástrico, aparte de considerar las características morfológicas que ya la radiología apuntara en el sentido de malignidad o benignidad, nos permite obtener material de biopsia y citología mediante pinzas, cepillo abrasivo y/o lavado.

Si importancia tiene en el diagnóstico de existencia y en su posible naturaleza benigna o maligna, igual importancia tiene en el curso evolutivo del ulcus gástrico. Durante las décadas de los 40-50 y 60, los criterios en los que se basaban los diagnósticos de posible malignización de una úlcera gástrica, eran los de Gütmman (40-41), pero a partir de la difusión de la endoscopia, esta exploración se considera imprescindible para el seguimiento del ulcus, dado que en no pocas ocasiones pueden sufrir una degeneración anteriormente no detectada y/o no existente, e incluso la

relativa frecuencia con que aparece la metaplasia intestinal a nivel de las cicatrices ulcerosas, - que si bien no se sabe exactamente su significa-- ción pronóstica y evolutiva, hay algunos autores que la consideran como lesión precancerosa, lo que al menos exige seguir controlando con este proceder a dichos enfermos (42-43-44-45-46-47-48).

La úlcera duodenal creemos debe dársele un enfoque distinto, pero con el mismo resultado respecto a la necesidad de la endoscopia.

Si en la gástrica, nuestra preocupación -- constante es la posible malignización en cualquier momento de su evolución, en la duodenal, nuestro objetivo será demostrar la existencia de un nicho activo, hecho a veces dificultoso, si tenemos en cuenta que las deformaciones cicatriciales de sucesivos brotes, hacen muy aleatorio y arriesgado asegurar que el ulcus está abierto y las moles--- tias del paciente se deben al mismo. En este as-- pecto hay mucho descrito en la Literatura, con -- una diferencia de posibilidades entre radiología y endoscopia que se aproximan al 25-30% (49).

ENDOSCOPIA TERAPEUTICA.-

Este capítulo, que se inició en la época de los endoscopios semirrígidos de SCHINDLER, se ha incrementado desde el advenimiento del fibroscopio y ha sufrido una masiva explosión en la década de los 70, de tal manera, que ya se habla en algunos trabajos de la especialidad de la cirugía endoscópica, permaneciendo actualmente en unas perspectivas insospechadas en sus posibilidades.

En nuestra experiencia personal la hemos aplicado en la extracción de cuerpos extraños, sobre todo en esófago, mediante pinzas especiales que o bien permiten su retirada o hacen posible su troceado y ulterior introducción en cavidad gástrica, e incluso algunas Escuelas lo asocian a procederes especiales de recogida, mediante dispositivos en bolsas, aplicadas al endoscopio, con el fin de que dicho material no caiga en la cavidad gástrica (50).(Foto nº 8)

Aunque personalmente no la hemos realizado

la polipectomía endoscópica con asa de diatermia es técnica muy difundida en la actualidad.

Algo parecido, aunque con mayores dificultades y no pocas complicaciones, podemos decir de la hemostasia de lesiones sangrantes mediante agujas de diatermia e incluso rayos lasser. En este apartado de sangrantes hay que recordar el tratamiento de las varices esofágicas mediante inyecciónes esclerosantes.

Por último, en el devenir de este sin fin de aplicaciones terapeúticas, se están intentando en algunos casos con buenos resultados, la práctica de papilotomía endoscópica e incluso extracción de cálculos coledocianos mediante Fogarty o sondas especiales que permiten solucionar de una forma incruenta la litiasis de esta localización.

FOTO 8 : Pinza de cuerpos extraños.

CONTRAINDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA.-

Como en toda técnica especial éstas dependen mucho de la experiencia del explorador, de tal manera, que paralelamente a la misma, se va limitando poco a poco el campo.

Si nos fijamos en la Literatura, vemos que paulatinamente se van anulando procesos que anteriormente constituían una contraindicación formal en la práctica endoscópica (3-21). Por ejemplo, se ha dicho en más de una ocasión que la falta de permeabilidad del tubo digestivo constituía un inconveniente serio para la endoscopia y creemos que todos los especialistas están de acuerdo en considerar que este proceso, sea cual fuere su naturaleza, es uno de los motivos fundamentales para aplicar esta técnica, siempre que se realicen con un aparato de visión frontal que nos permita observar la luz.

El capítulo del coma profundo constituye otro de las grandes contraindicaciones de este te

ma, sin embargo, estimamos que siempre que sea estrictamente imprescindible, puede y debe realizarse teniendo al enfermo intubado y con respiración controlada.

El campo de las cardiopatías es probablemente el que aún ocupa un capítulo importante en el aspecto que estamos comentando. Cuando surge la necesidad imperiosa de una endoscopia en un cardiópata activo, bien por infarto de miocardio agudo, insuficiencia cardíaca o arritmia severa, hemos de ser muy cautos a la hora de indicarla y si es posible huir del periodo agudo, pues podríamos tener graves complicaciones. Si después de sopesar todos los pros y los contras llegamos a la conclusión de que es imprescindible, se podrá realizar con sumos cuidados, con el enfermo monitorizado y el cardiólogo e intensivista en la sala de endoscopia.

Como se ve, las contraindicaciones se van mermando paulatinamente sin olvidar lo que en más de una ocasión se ha dicho: "que la mayor contraindicación en endoscopia digestiva es su no indicación".

Como colofón a estos comentarios creemos - que las características técnicas, económicas, gran fragilidad del aparato, tardanza y precio elevado en las reparaciones, ocupan probablemente una parcela importante si no en las contraindicaciones, sí en los inconvenientes que esta técnica tiene - para su aplicación sistemática en la práctica diaria de la gastroenterología.

D.- DIFICULTADES Y PECULIARIDADES ENDOSCOPICAS EN EL ESTOMAGO OPERADO.-

- OBTENCION DE UNA BUENA CAVIDAD
- REFLUJO INTESTINAL
- RETROVISION
- MORFOLOGIA DE LOS PLIEGUES
- PERISTALTISMO
- ANASTOMOSIS

Las modificaciones anatómicas y funcionales originadas con las distintas intervenciones practicadas sobre el estómago, tanto en el sentido de resección como de vagotomía con una u otra derivación, son la razón por lo que la interpretación radiológica para el diagnóstico en estos enfermos sea, en un porcentaje elevado, dudosa (51) y deba ser complementada con la exploración endoscópicas (52) y de esta manera alcanzar el diagnóstico en estos enfermos (en la mayoría de ellos).

Pese a estas ventajas, la endoscopia del estómago operado presenta una serie de dificultades y peculiaridades derivadas de las alteraciones ya citadas y que enumeraremos a continuación. (53).

1.- OBTENCION DE UNA BUENA CAVIDAD

Los aparatos empleados deben de tener un gran ángulo de visión, dado que la distancia entre el objetivo y el objeto, dentro del estómago es muy pequeña, por lo que con gran facilidad la óptica se pega a la mucosa (54). Esta dificultad para obtener una buena cavidad es debida fundamentalmente al hecho de que la anastómosis suele ser poco continente y no retiene el aire necesario para la distensión pese a que estemos insuflando de manera contínua.

2.- REFLUJO INTESTINAL

Es un fenómeno que dificultad la interpretación de estos enfermos, siendo de coloración turbio-bilioso que forma una capa de espuma sobre la zona de la anastómosis impidiendo la visualización de la mucosa. En este aspecto, algunos autores (54) administran dimetilpolisilosano antes o durante la exploración a través del canal de biopsia.

3.- RETROVISION

La práctica de la retrovisión para visualizar las zonas ciegas paracardiales, es más dificultosa debido al pequeño espacio con que contamos y la poca distensibilidad del muñón.

4.- MORFOLOGIA DE LOS PLIEGUES

Los estómagos operados suelen presentar alteraciones en los pliegues que no indican patologgía, con aumento de los mismos y disposición anómala de ellos. La mucosa gástrica suele ser semejante a la del estómago intacto, si bien con cierta frecuencia y sobre todo en relación con el --- tiempo que haga de la resección, suele presentar una mayor rubicundez que tal vez corresponda a la atrofia glandular progresiva que sufre la mucosa gástrica (55).

5.- PERISTALTISMO

Se encuentra prácticamente ausente, siendo posible su visualización sólo en aquellos casos - con resecciones escasas y en la zona inmediata a la anastómosis y nunca con la intensidad que se - produce en el estómago completo sin resecar.

6.- ANASTOMOSIS

La anastómosis suele objetivarse con un -- pliegue transversal, a veces algo mamelonado debido a granulomas de sutura, de coloración mucosa - más pálida que la del muñón y con aspecto único, recordando algo a un píloro permanentemente abierto en el caso de Bilrroth-I y en forma de cañón - de escopeta con el espolón central en las dos --- asas (aferente y eferente), con sus pliegues in-- testinales circulares en el Bilrroth-II. A veces es dificil identificar el asa aferente de la eferente, guiándonos para ello del reflujo biliar o en todo caso nos ayudaremos con una sonda radiopaca y control radiológico simultáneo.

Es importante evaluar la anchura de la anastómosis dado que si ésta es mayor o menor de lo normal, podría ser la causa de molestias para el enfermo, bien en forma seudoestenótica o de Dumping.

Las asas intestinales deberán ser exploradas en sus primeros centímetros, dado que en ellas y en el espolón, suelen asentar con frecuencia las recidivas ulcerosas.

En los estómagos vagotomizados la endoscopia presenta algunas características especiales dignas de mención.

Un primer hecho a destacar es la gran atonía de la pared gástrica junto al aplanamiento de los pliegues y desaparición de las ondas peristálticas.

Por la misma razón de la extirpación de los vagos, la secreción gástrica suele ser muy escasa y viscosa y no es infrecuente encontrar aumento de moco e incluso retención alimentaria sin que signifique patología. Estos hechos se van modificando conforme va pasando el tiempo (56).

En los que presentan una piloroplastia tipo Mikulicz, el píloro aparece muy deformado, permanentemente entreabierto, redondeado o en forma ovalada, siendo difícil detallar con exactitud la zona de transición mucosa.

En los .casos de gastroenterostomía, la visualización de la boca anastomótica no suele ofrecer dificultades si insuflamos de forma contínua y buscamos el lugar del reflujo intestinal de aspecto espumoso que nos servirá de guía para encontrarla. Ni que decir tiene que este asa deberá -- ser explorada por presentar fenómenos patológicos con alta frecuencia.

E.- PATOLOGIA DEL ESTOMAGO OPERADO

(Generalidades)

- PROCESOS INFLAMATORIOS

- PROCESOS ULCEROSOS

- PROCESOS TUMORALES:-benignos
  -malignos

- PROCESOS DERIVADOS DE CUERPOS EXTRAÑOS

- PATOLOGIA FUNCIONAL

1.- PROCESOS INFLAMATORIOS DEL ESTOMAGO OPERADO

La inflamación de la mucosa gástrica en el estómago operado constituye a la hora del diagnóstico, al igual que ocurre en el estómago íntegro, un problema para el clínico dado que ni la sintomatología clínica ni los hallazgos radiológicos e incluso los signos endoscópicos, son lo suficientemente demostrativos como para poder sentar con seguridad tal entidad, por lo cual, el diagnóstico deberá basarse en el estudio histológico de la mucosa mediante toma de biopsia endoscópica, tratando de objetivar el sustrato anatómico de la lesión, consistente en elevado contenido celular a base de linfocitos, polimorfonucleares y células plasmáticas, así como engrosamiento de la lámina propia.

En grado más avanzado hay afectación de las crestas y del epitelio glandular funcionante con sustitución por glándulas mucosas (metaplasia pilórica) (57), e incluso la aparición de metaplasia intestinal con células de BECHER, células de Panneth y formación de vellosidades a nivel de

las crestas. (Foto nº 9)

La significación clínica de la metaplasia intestinal no está en absoluto aclarada (42), llegando incluso a encontrarse en el 80% de los estómagos operados (58-59).

La frecuencia de la gastritis en el estómago operado tiene una incidencia variable, llegando incluso algunos autores a encontrar alteraciones inflamatorias en la totalidad de los casos estudiados (60). Otros hallan exclusivamente un 10% de casos con mucosa normal, sobre todo cuando la intervención data de más de 10 años (61) y otros encuentran un total de 75%, con una mayor incidencia de gastritis crónica superficial (29); por ello, es discutible la significación clínica de este proceso y la relación que pueda tener las molestias del enfermo con estas alteraciones.

Según que el proceso inflamatorio se localice en el muñón y/o anastómosis, suele hablarse de gastritis o estomitis, si bien lo más frecuente es que la afectación se encuentre de forma difusa, llegando incluso al 70-80% de los casos (29), siendo la incidencia de estomitis aislada -

no superior al 30% (29-62).

Desde un punto de vista práctico y en un intento de sistematizar este proceso, podemos dividir las gastritis en dos grandes grupos: AGUDAS Y CRONICAS.

GASTRITIS AGUDAS

Son los procesos inflamatorios agudos de la mucosa gástrica, en muchas ocasiones de origen yatrogénico así como medicamentoso, alcohólico, vascular y/o alimentario y que abarcan desde un simple edema con infiltración de células inflamatorias, hasta la producción de necrosis más o menos intensa con ulceraciones y/o erosiones de mucosa que se manifiestan frecuentemente en forma de accidentes hemorrágicos.

El aspecto endoscópico es variable, desde una mucosa hiperémica, rojiza, de características tumefactas y con pérdida de la visión de la red vascular submucosa (gastritis superficial edematosa), hasta la aparición de pérdidas de sustancia más o menos extensas, en forma de erosiones puntiformes, lineales o ulceraciones agudas que no es otra entidad que la gastritis erosiva aguda.(Foto nº 10-11)

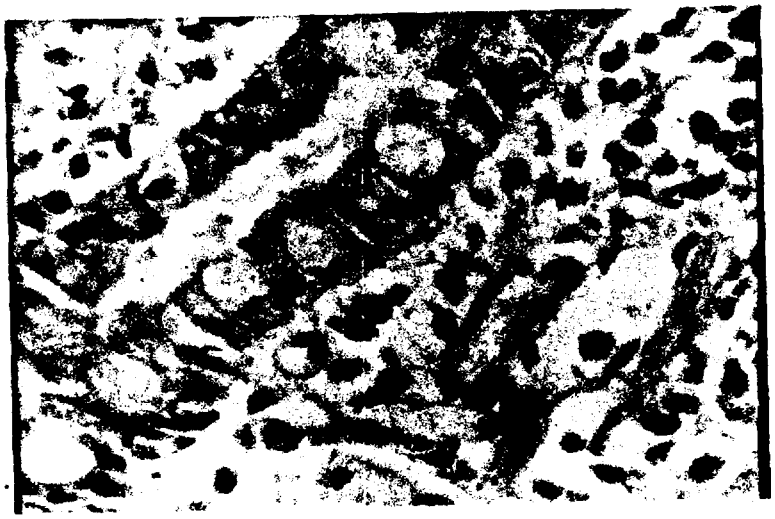
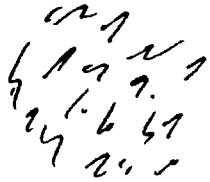
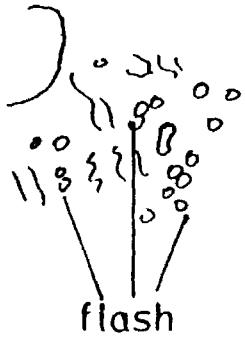
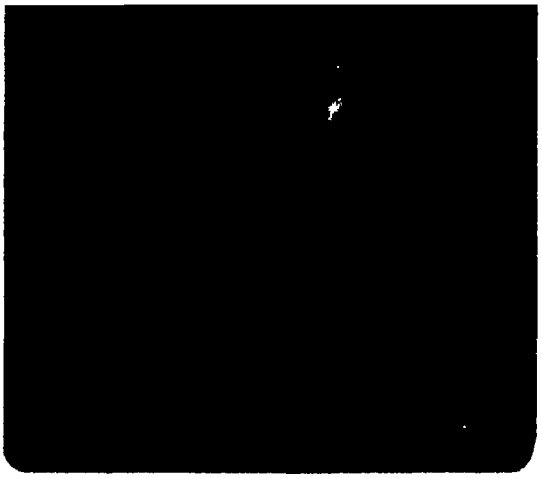


FOTO 9 : METAPLASIA INTESTINAL. H.E. (500x). El - revestimiento glandular muestra células caliciformes con nucleo desplazado a la periferia. Enfermo con gástritis crónica.

GASTRITIS EDEMATOSA







Gastritis edematosa.

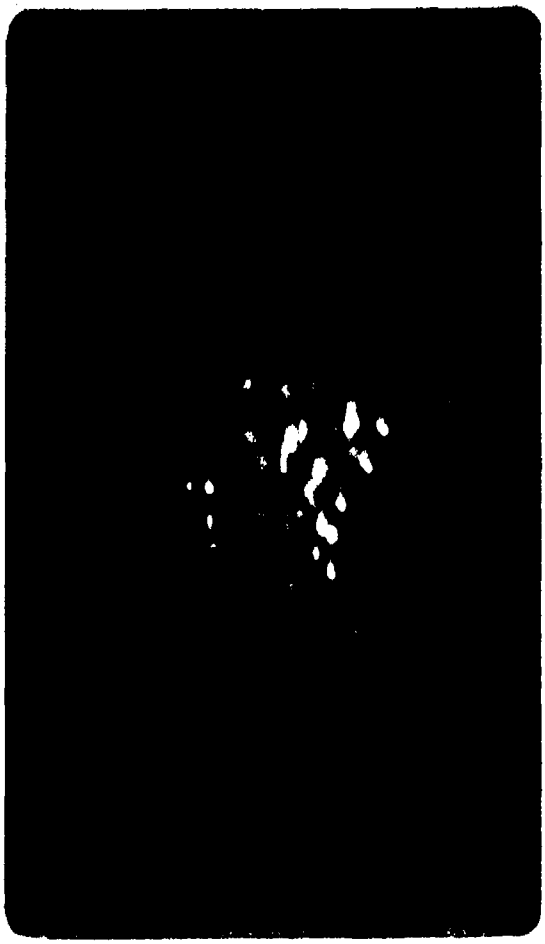


FOTO 11 :

Gastritis edematosa.

Las erosiones gástricas son relativamente frecuentes como causa de hemorragias digestivas, llegando incluso a constituir el 33,1% en un estudio realizado por KATZ (63), sobre un material de 1.400 gastroscopias sucesivas en enfermos sangrantes.

Pueden presentarse en forma de pérdidas de sustancia superficial sin afectación de la lámina propia, puntiforme y de distribución difusa, cubiertas normalmente por una capa de hemo, por lo que para ponerlas de manifiesto habrá que someterlas a lavados con agua. En otras ocasiones el proceso es menos difuso, apreciándose pérdidas de sustancia más grandes, cubiertas normalmente de coágulo con morfología lineal-redondeada, estando a veces circundadas por una discreta elevación de la mucosa (erosión completa) y que en su evolución ulterior podrá sufrir una fibrosis en esa zona, constituyendo lo que se puede llamar erosión madura o por el contrario experimentar una involución, volviendo totalmente a la normalidad (erosión inmadura) (64-65).(Fotos nº 12-13-14-15)

En otras ocasiones, en estas gastritis agudas se observan francas ulceraciones superficia--

les (úlceras agudas) que macroscópicamente son difíciles de distinguir de la úlcera péptica salvo en el aspecto muy superficial de la capa de fibrina que las recubre y en la ausencia de signos indirectos de ulcus. De todas formas, en muchos casos habrá que recurrir al estudio histológico observándose una muscularis mucosa indemne y un sistema glandular no afectado. (64-65-66-67-68-69). (Fotos nº 16-17-18-19)

GASTRITIS CRONICA

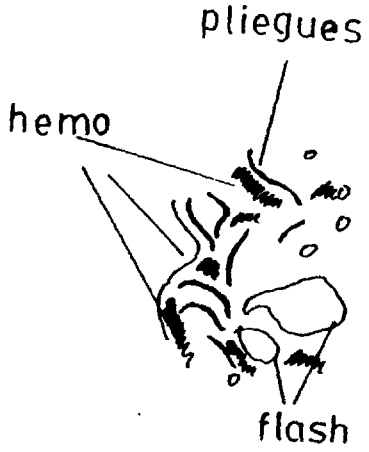
La inflamación crónica de la mucosa del estómago operado es un hallazgo histológico muy frecuente en los estudios realizados, bien en forma de una gastritis superficial y/o gastritis -- atrófica. Así, KRENTZ la encuentra en el 100% de los casos (61) y otros autores oscilan en un 70-- a 80% (29).

Estas gastritis crónicas se manifiestan de forma difusa en todo el muñón gástrico o por el - contrario localizadas a nivel de la anastómosis - (estomitis). La gran incidencia de este proceso - ha llegado a originar el que la gastritis crónica

del estómago operado sea considerada como un fenómeno normal en esta mucosa, sobre todo con el paso del tiempo y carece en muchas ocasiones de significación clínica (70), no pudiendose afirmar de forma categórica que las molestias del enfermo sean originadas por este problema (71) y sí por el contrario, al reflujo bilio-pancreatico o a la falta de estimulación del epitelio glandular secundario a la deficiencia de glandulas y/o a la vagotomía (atrofia por inactividad).

Los criterios diagnosticos utilizados en la gastritis o estomitis crónica, no pueden basarse de una forma segura en el cuadro clínico, radiológico ni incluso en el endoscópico, sino que debe recurrirse al estudio histológico, dándose en no pocas ocasiones, la paradoja de encontrarla en enfermos carentes de sintomatología (72-73) lo cual viene a confirmar la falta de relación histológico-clínica en este proceso.

DIFUSA



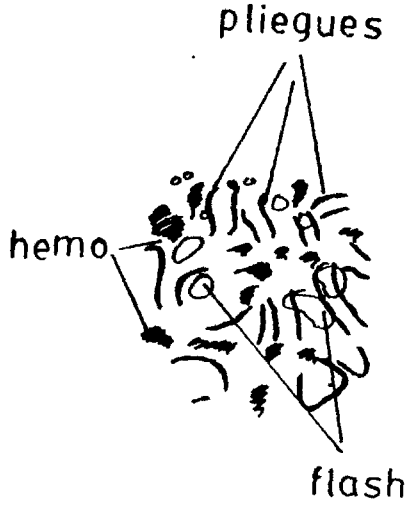
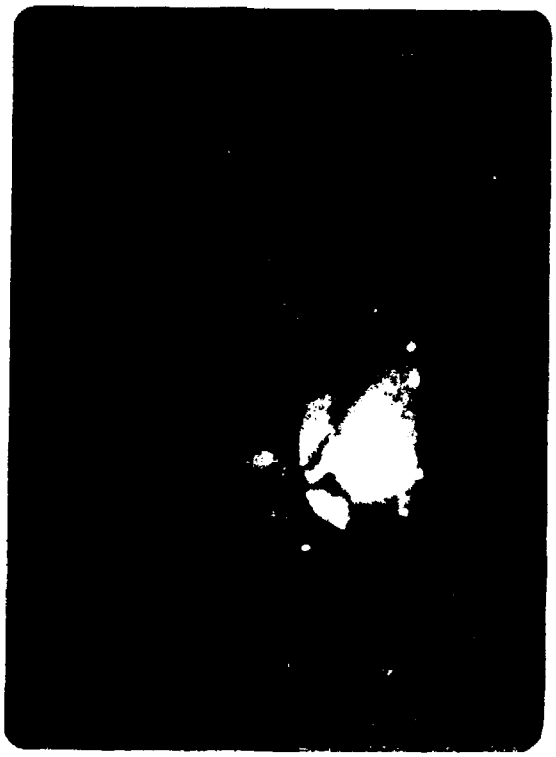


FOTO 12



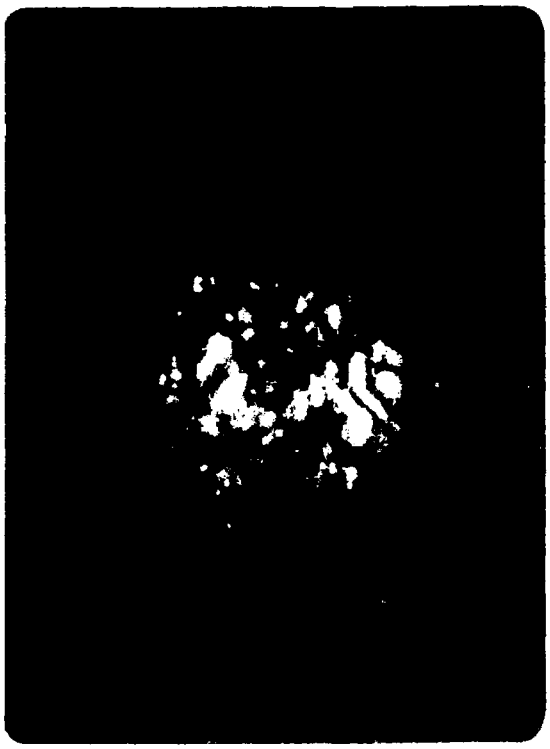
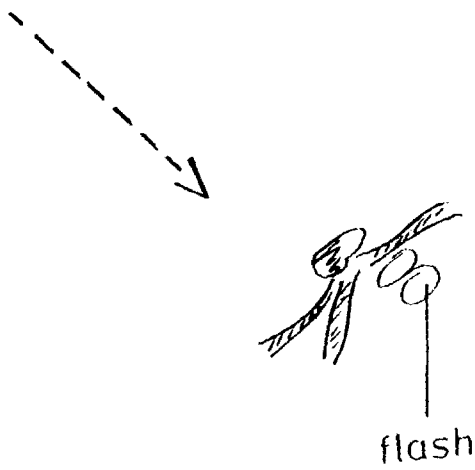


FOTO 13

A

puntiforme

lineal



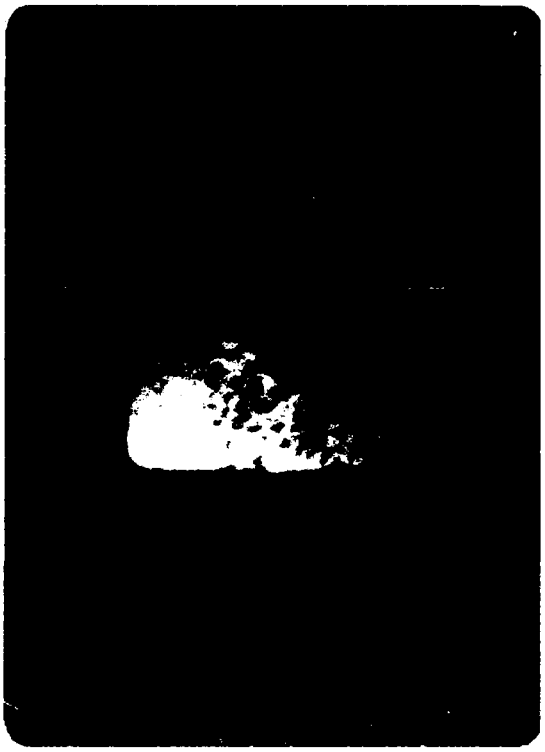


FOTO 14 : Gastritis erosiva puntiforme

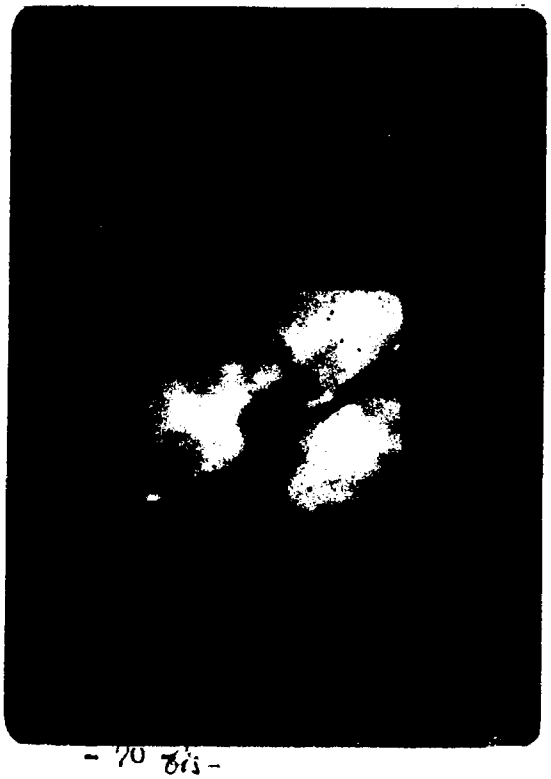
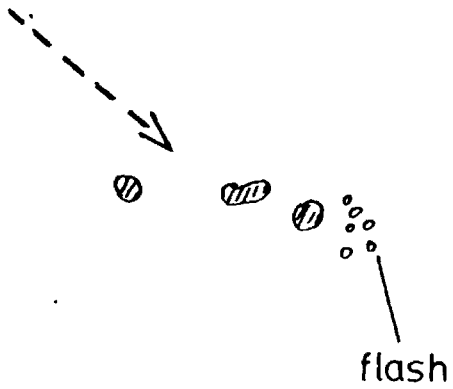


FOTO 15 : Gastritis - erosiva lineal.

ULCERA AGUDA

sin coagulo



con coagulo

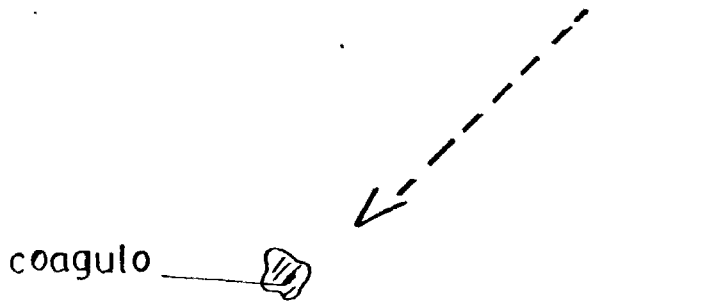


FOTO 16 .

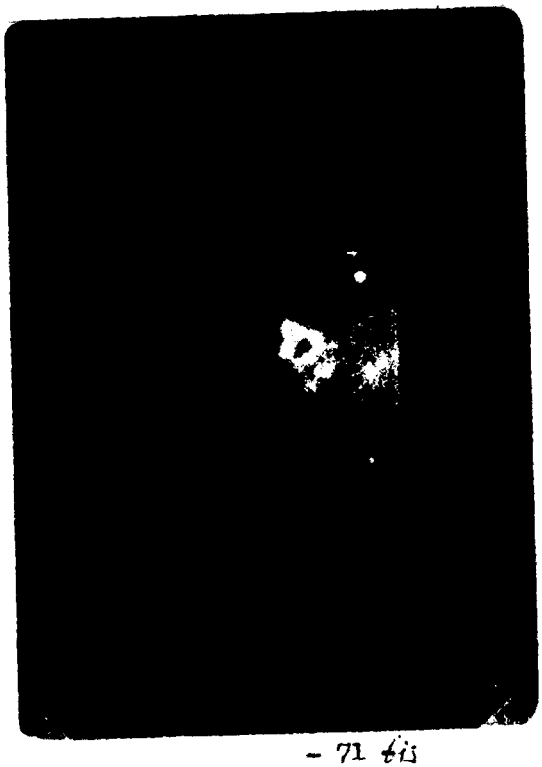
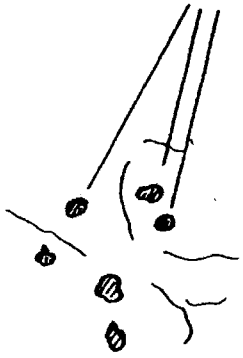


FOTO 17 .

erosiones agudas



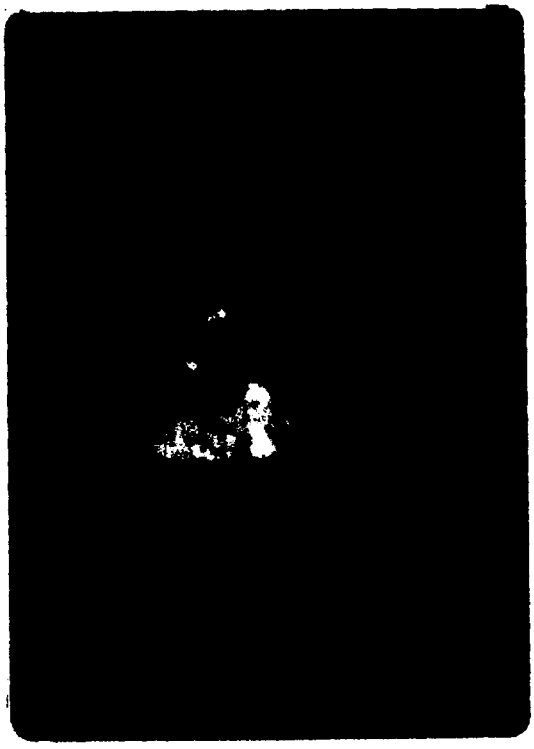


FOTO 18 : - Erosiones - agudas de - mucosa.

FOTO 19 : ULCERA AGUDA. H.E.(50x). Pared gástrica con múltiples hemorragias en la mucosa rodeando a un vaso central, en donde la mucosa aparece ulcerada.

Desde un punto de vista práctico, las podemos dividir por su aspecto en tres tipos:

1.- GASTRITIS SUPERFICIALES, en las que endoscópicamente aparece una mucosa enrojecida, edematosa, con alguna posible erosión superficial. En la histología encontramos una infiltración de células inflamatorias en la lámina propia (linfocitos, polinucleares y células plasmáticas) con nula afectación glandular.

2.- GASTRITIS ATROFICA, en las que la mucosa aparece pálida, de color blanco-grisáceo, con aspecto transparente, dejando ver la red vascular submucosa y en la que histológicamente hay una gran afectación glandular, frecuente metaplasia intestinal y gran disminución de células principales. (Foto nº 20-21)

GASTRITIS ATROFICA

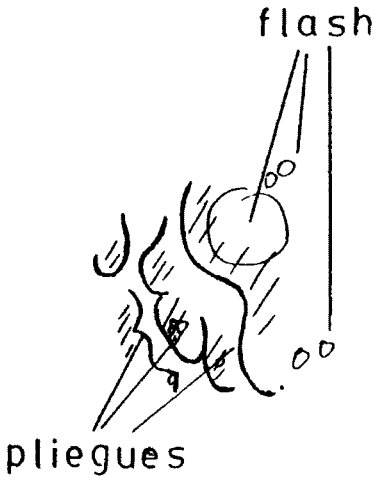
FOTO 20 : Gastritis atrófica (visión endoscópica)

FOTO 21: GASTRITIS ATROFICA. H.E. (120x). Mucosa gástrica en la que se observa disminución del número de glándulas con infiltración de la lámina propia.

3.- GASTRITIS HIPERTROFICA, visualizándose unos pliegues muy engrosados, elevados, dificilmente deprimibles con la insuflación, con una superficie en ocasiones de aspecto seudopolipoide y una mucosa hiperémica, enrojecida y con alguna posible erosión superficial. Histológicamente, la estructura no suele corresponder a este aspecto endoscópico, encontrando tan sólo signos de gastritis superficial e incluso a veces de gastritis atrófica (74), descartándose en la mayoría de los casos la existencia de un engrosamiento de la mucosa y presentándose en ocasiones la forma de hiperplasia foveolar (Enfermedad de Menetriere), de hiperplasia glandular (Síndrome de Zolinger-Ellison) o de tipos mixtos (75). (Fotos nº 22-23-24)

Como alteraciones que pueden provocarnos el aspecto de una gastritis de pliegues engrosados y/o gigantes, tenemos una serie de afecciones de tipo inflamatorio, granulomatoso, tal como TB, luéticas, sarcoidosis, etc.

GASTRITIS HIPERTROFICA



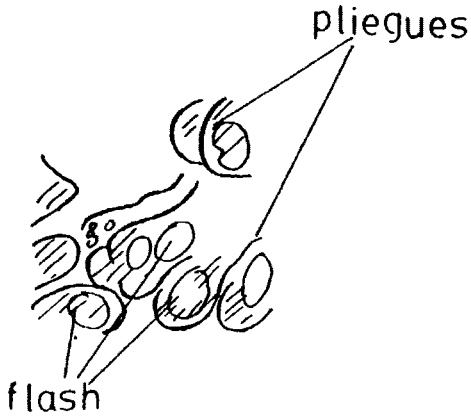


FOTO 22

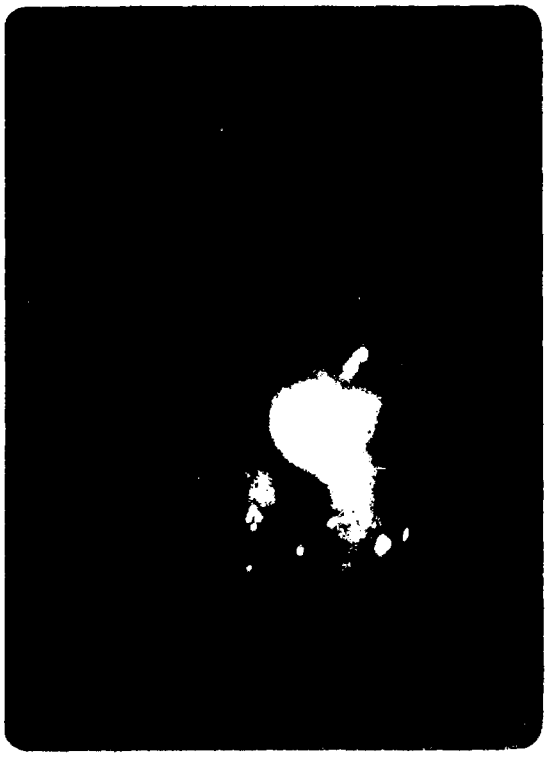


FOTO 23

Los procesos inflamatorios localizados a nivel de la anastómosis de una forma aislada, suelen aparecer en ocasiones, si bien, las biopsias de la mucosa del muñón y de la anastómosis pueden coincidir, incluso cuando el aspecto endoscópico muestra alteraciones polipoides de tipo granulomatoso a nivel de ésta (76), debiendo influir en gran medida, las alteraciones provocadas por la sutura.

A la hora de evaluar la posible existencia de un proceso inflamatorio a nivel de la mucosa intestinal de la boca anastomótica hay que ponerlo en duda, dado que se dá como normal el que estas alteraciones existan en los primeros centímetros de dichas asas.

FOTO 24: GASTRITIS HIPERTROFICA.H.E(180x). Mucosa con infiltración leucocitaria que se acompaña de folículos linfoides. Formación de pliegues elevados

2.- PROCESOS ULCEROSOS EN EL ESTOMAGO OPERADO.-

Constituyen éstos, el capítulo más importante dentro de la patología del estómago operado tanto por ocupar el primer lugar en frecuencia como por significar el fracaso de la intervención practicada, al reaparecer el problema que motivó aquella.

Conceptualmente se trata de una pérdida de sustancia de la mucosa que afecta a la muscularis mucosa, penetrando en ocasiones hasta la submucosa e incluso hasta la capa muscular, con tejido conjuntivo y de granulación e infiltración inflamatoria en los bordes y en el fondo de la misma.

En la causa de producción o aparición del ulcus del estómago operado, se barajan múltiples factores, pero probablemente el más importante de todos sea el que la enfermedad ulcerosa en sí, es un proceso cuya etiopatogenia aún se encuentra en nebulosa, de la que se han enumerado múltiples factores pero el fundamental aún permanece desconocido. Esta etiología múltiple y dudosa es la que ha llevado a diferentes tipo de intervención

si bien, todos intentan de una u otra forma, eliminar o disminuir la secreción clorhidrio péptica. Así,se practican resecciones de la porción secretora gástrica con anastómosis gastro-duodenales (Bilrroth-I) o gastro-yeyunales (Bilrroth-II) intervenciones sobre los vagos, bien en forma de vagotomías tronculares selectivas o supraselectivas con drenajes en forma de piloroplastias o gastroyeyunostomías.

Como decíamos, todas ellas persiguen la anulaci'on o disminución de la secreción gástrica como si este fuera el único elemento a considerar en la patogenia ulcerosa. Puede que esta sea posiblemente la razón de la gran cantidad de recidivas existentes, pues con estas intervenciones no se actúa sobre las circunstancias psicosomáticas ni personalidad del indivíduo que sometido a distintos stress y descargas, no sólo estimulan por via vagal, sino que tal vez caminen por otras (hormonales, etc...), provocando a veces el deterioro de la mucosa, tal como su vascularización (isquemia por descarga adrenalínica?), disminución de secreción de moco etc...

Dentro de este discutido apartado, podemos

sistematizar las causas más frecuentes, enumeradas en la etiopatogenia del ulcus del estómago operado:

A.- Las intervenciones exclusivamente derivativas hoy en dia eliminadas, pero que hace unos años se utilizaban con frecuencia, tal como la gastroyeyunostomía, crean unas condiciones idóneas dado que ponen en contacto la mucosa yeyunal con la secreción gástrica indemne, por lo que la aparición de la úlcera es muy frecuente, dándose cifras superiores a un 30% (77).

B.- Un factor manejado como causa habitual y propia del estómago operado para la recidiva ulcerosa, es la presencia del reflujo bilio-pancreático por el asa duodenal excluída. En este aspecto se han llegado incluso a realizar trabajos experimentales en animales, concretamente en ratas, comprobándose que cuando el reflujo es importante se producen ulceraciones en la anastómosis, en casi un 90% de los casos (78), llegando a desaconsejar -

por esta razón la técnica Bilrroth-II; Tal - vez el motivo radique en la alcalinidad de - este reflujo y en consecuencia la secreción continuada de gastrina.

C.- Probablemente el factor más invocado sea la persistencia de los vagos y en consecuencia la existencia de secreción clorhidropéptica (79-80-81), por lo que se aconseja revagotomizar a estos enfermos.

D.- Otro factor invocado en la recidiva ulcerosa en los casos de resecciones según técnica -- Bilrroth-II, es la persistencia de mucosa antral en el muñon duodenal, lo que significaría una producción continuada de gastrina al estar estimulada de forma constante esta mucosa por la alcalinidad de la secrección intestinal (82). Parece ser que para evitar esta incidencia no puede el cirujano fiarse -- del aspecto macroscópico de la mucosa, sino que debe comprobar mediante estudios histológicos intraoperatorios del corte de la mucosa, la no existencia en éste de mucosa antral.

E.- Otra posible etiología sería la existencia de una adenomatosis endocrina, hoy dia incluída en los apudomas (83-84), que fuera la causante de la recidiva ulcerosa por tratarse de un síndrome de Zolinger-Ellison (85-86 87), o bien alguna otra enfermedad endocrina como la publicada por PROYE (88-89), en el sentido de alteraciones de las paratiroides.

Podríamos seguir enumerando otros factores, pero creemos que sería alargar de forma innecesaria este tema, dado que todos presentan el denominador común de favorecer la aparición de la enfermedad ulcerosa, pero ninguno el único y fundamental, puesto que hoy en día y pese al gran avance de la Medicina, la enfermedad ulcerosa sigue siendo un problema con caminos inexplorados en lo referente a su etiopatogenia.

Como decíamos al principio, la úlcera en el estómago operado ocupa el primer lugar en la patología de estos enfermos, si bien la frecuencia de la misma depende el tipo de intervención, de la cantidad de resección practicada, del tiempo que hace que se practicó la misma, etc., dándo

se unos porcentajes que varían considerablemente de unas estadísticas a otras. Así por ejemplo, -- las recidivas en el Bilrroth-I suelen oscilar del 15 al 20%, en el Bilrroth-II del 5 al 15% (81), - si bien otros autores como DEMLING (77), dan una incidencia del 0.5 al 3% en el Bilrroth-II, las - gastroyeyunostomías sin vagotomía llegan a ser superiores al 30% y en las vagotomías con drenaje oscilan del 9 al 10%. Ultimamente la de menor incidencia de recidivas es la vagotomía y antrectomía

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Siguen los mismos caminos y directrices -- que los del ulcus péptico en general pero con algunas peculiaridades que le dan personalidad propia.

A.- CLINICA; vemos que las molestias pierden su típica ritmicidad y periodicidad. El dolor, síntoma principal del síndrome ulceroso, varía respecto a su localización que puede ser mesogástrica, en vacío izquierdo..., con una intensidad cambiante perdiendo en parte su -

relación prandial e incluso en ocasiones aumenta con ella, dándose en un 20 a 30% los - casos de cuadros totalmente indoloros (82).

En estas úlceras, la incidencia de accidentes hemorrágicos es más acusada, aproximadamente en un 50-60% en forma de hematemesis - y/o melenas (82) e incluso algunos autores - hablan de que el 100% de estos enfermos presentaron hemorragias ocultas en heces (82). Parece que esta tendencia hemorrágica es mucho más patente, evaluándose como 3 veces superior en los enfermos cuya intervención fue originada por un ulcus sangrante.

B.- LABORATORIO; en el aspecto funcional los estudios del jugo gástrico tienen sus limitaciones y frecuentes falsos resultados por el reflujo intestinal alcalino que puede alterar considerablemente el resultado del MAO y BAO (90). De todas formas es la manera más - segura de evaluar la secreción clorhidropéptica y en consecuencia la efectividad de las vagotomías, debiéndose en circunstancias normales encontrar una acidez disminuída en un

50 a 75%, que en los no operados (91). Es -- clásico que la evaluación de la eficacia de las vagotomías se realicen mediante el test de Hollander, si bien esta técnica no está - exenta de peligros, sobre todo en los enfermos portadores de procesos cardíacos o arterioscleróticos (92-93-94). De todas formas, probablemente el mejor método de control de la secreción, es la determinación sérica de gastrina sobre todo en los casos de Zolinger -Ellison (85-95).

C.- RADIOLOGIA; el estudio radiológico de la úlcera del estómago operado es imprescindible, si bien su positividad se ve muy limitada -- por las variaciones que la intervención quirúrgica introduce en la morfología normal -- gástrica; por ello se ha llegado a decir que la radiología del estómago operado era "la - Escuela Superior de Radiología" (96-97).

Los porcentajes de positividad radiológica dependen mucho de la técnica utilizada, de-- biendo ser ésta muy minuciosa con capa fina de papilla y doble contraste, con lo que la

Escuela Japonesa consigue una positividad de casi el 80% (98); sin embargo, la mayoría de las estadísticas no superan el 60% en la visualización directa del nicho (52-99), llegando hasta el 80% en lo referente a signos indirectos. Muchos autores insisten en la conveniencia de tener un estudio radiológico postoperatorio de control y comparación (82-100).

Los signos directos objetivados no difieren en absoluto de los clásicos del ulcus péptico, y respecto a los indirectos, podemos encontrar: estrechamiento del asa en la zona del nicho, dilataciones a partir de la estenosis, alteraciones y engrosamiento de las paredes en las proximidades al ulcus (101), etc. (Foto nº 26-27)

D.- ENDOSCOPIA; constituye hoy en día la técnica idónea para el diagnóstico de este problema, consiguiéndose la visualización del nicho en casi el 100% de los casos (22-52-53-77), sobre todo si se utilizan aparatos de visión frontal que permiten explorar el muñón, la

anastomósis y varios cms. de las asas intestinales.

El ulcus se visualiza como un defecto de la mucosa cuyo fondo está cubierto de una fibrina blanco-grisacea, de morfología oval o redondeada, de bordes peor delimitados que en el ulcus péptico del estómago intacto, en ocasiones serpiginoso ó francamente irregular. El fondo cubierto de fibrina blanco-amarillenta suele ser de densidad y coloración uniforme, salpicado algunas veces de muñones vasculares coagulados. La mucosa que circunda el nicho suele presentar pliegues convergentes flexibles (56-77-102-103). (Fotos nº 27-28).

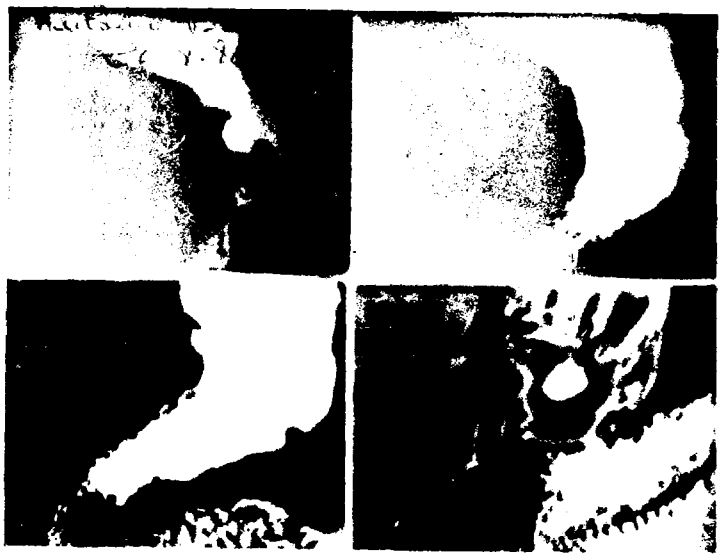


FOTO 25 : Ulcera de boca anastomótica vista de — frente.

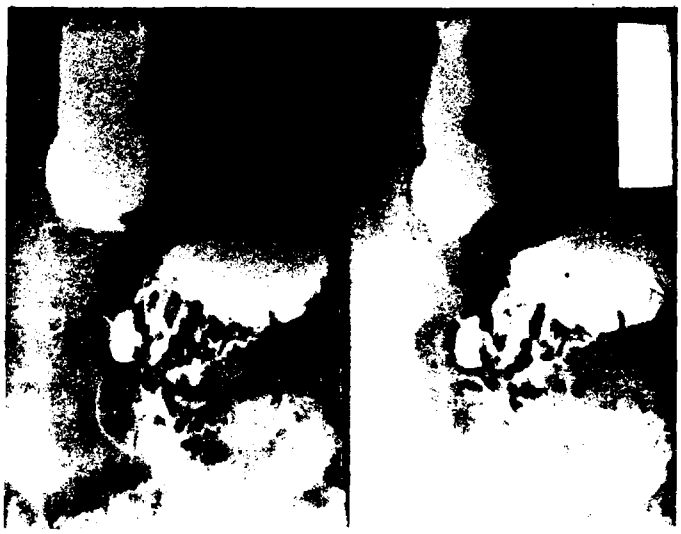


FOTO 26 : Ulcera de boca anastomótica vista de - perfil.

ULCERA

BOCA ANASTOMOTICA

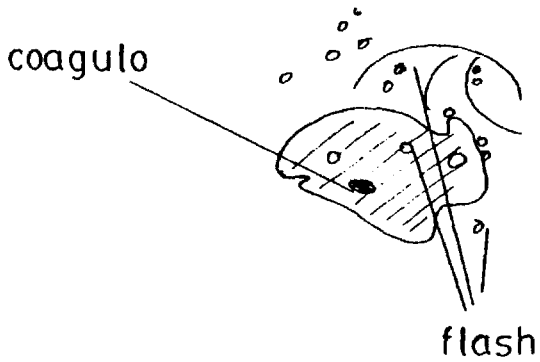


FOTO 27 : Ulcera de boca anastomótica, visión endoscópica, con coagulos en el fondo.

FOTO 28 : ULCERA DE BOCA ANASTOMOTICA.H.E (50x). Los bordes de la úlcera muestran la típica dilatación glándular en forma de microquistes.

3.- PROCESOS TUMORALES DEL ESTOMAGO OPERADO.-

Como siempre hemos de distinguir dos grandes capítulos en este apartado: uno, el de las tumoraciones malignas y otro, el de las neoformaciones benignas.

TUMORES MALIGNOS

En este capítulo, uno de los más importantes por su trascendencia en el estómago operado, hemos de hacer unas consideraciones diferenciales entre los que son debidos a recidivas o reproducción de un tumor maligno previamente extirpado, y los que han de considerarse como genuinamente primitivos.

A.- CANCER DE ESTOMAGO OPERADO RECIDIVADO O REPRODUCIDO: son como indica el enunciado, los que aparecen tras una resección por un cáncer gástrico o como metástasis de otro cáncer de la economía.

La importancia de estos procesos radica en la negatividad del tratamiento previamente realizado, no ofreciendo normalmente dificultades para su diagnóstico, pues la sintomatología clínica, el antecedente, los hallazgos radiológicos y sobre todo el estudio endoscópico e histológico, son lo suficientemente demostrativos como para no originar dudas.

B.- CANCER PRIMITIVO DE ESTOMAGO OPERADO.-

CONCEPTO: Se considera como cancer primitivo de estómago operado aquel que aparece en un estómago operado por ulcus benigno gástrico o duodenal, u otro problema no maligno, cinco años o más tarde de la intervención (104-105). Algunos autores incluyen el que se localice lejos de la boca anastomótica (106), si bien este último criterio no es aceptado por la mayoría.

Las primeras publicaciones que comienzan a hablar de este problema son del año 1926 por BEATSON (107-108) y OWEN (109), posteriormente GALLART MONES, publica un caso aunque con

un intervalo de sólo 2 años (110) y más tarde fue la realizada por BRISSET ante la Academia Francesa de Cirugía, cumpliendo las condiciones exigidas (111).

Desde entonces han sido innumerables las publicaciones sobre este mismo tema (35-106-108-110-112-113-114-115-116-117-118-119), lo que indica la importancia concedida tanto a la hora de hacer la indicación quirúrgica de la úlcera péptica como de los controles periódicos que deben sufrir dichos enfermos.

a) FRECUENCIA: tema polémico. La mayoría de las comunicaciones indican mayor incidencia del cancer del estómago operado que en la población general (105-110-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129). Otros la encuentran semejante en ambos casos (130-131-132-133-134-135), y otros incluso dicen que es menor (136). Esta frecuencia oscila entre el 0.5 al 1% para Hollander (137), el 4.8% para Hellsinger (105), con un 10,6% en autopsias (138) y 14% en endoscopias.

Nuestros resultados están en un 6%, doble de los obtenidos en la población general -- (3%). Hay incluso autores que dan una incidencia de hasta seis veces superior a la -- del cancer en la población testigo.

Su presentación como vemos es muy variable dado que en ello influyen muchos factores, - sobre todo el del periodo de tiempo desde la intervención, siendo progresivo su incremento a medida que aumenta dicho intervalo, llegando incluso a un 30% de incidencia cuando supera los 30 años (140).

b) ETIOLOGIA: como hemos visto, es casi aceptado por unanimidad la mayor frecuencia de este proceso en el estómago resecado, si bien la causa de este fenómeno permanece en nebulosa. En este sentido es interesante un experimento llevado a cabo por DAHM(141) en el - que origina la aparición de un adenocarcinoma en el 65,1% de 66 ratas resecadas a lo Billroth-I y II y sometidas a N-Metil-N-Nitroguanidina(Na), apareciendo sólo un estado precanceroso en las ratas control no resecadas y/o

no sometidas al carcinogenético aunque estuvieran resecadas. De ello concluye que el estómago operado favorece el desarrollo del cáncer.

Hay numerosas teorias que tratan de aclarar este hecho. De todas, parece que la más admitida es la existencia de una progresiva gastritis atrófica en el muñón gástrico, de tal forma que estas lesiones aparecen en el 70% de los estómagos resecados entre los 10 y 20 años de la intervención (135-142-143-144-145-146-147-148) tal vez debido al reflujo del jugo intestinal y biliopancreático (149-150). Igualmente se han barajado la metaplasia intestinal (126-151), la aclorhidria (152-153) e incluso la simple cancerización de las cicatrices (154). Sin embargo, hoy en dia, la que más verosimilitud tiene es la de la progresiva gastritis atrófica (121-156-157-158-159), frente a la acción de un carcinogenético (141), pero sin estar totalmente demostrado.

Parece que un factor a considerar en la aparición de este problema es el tipo de inter-

vención practicada y la localización de la úlcera que motivó la intervención.

Respecto al primer factor, la mayoría de las revisiones indican el aumento de la frecuencia de cancerización en los resecados con técnica de Bilrroth-II (10-112-155-160-161-149-162-163-164), pudiendo atribuirse o relacionarse tal hecho con el menor reflujo intestinal en los operados de Bilrroth-I, (165) y en consecuencia menor atrofia mucosa. Para otros autores este factor no tiene influencia alguna (141). De todas formas, este hecho está muy condicionado por el tipo de intervenciones de cada autor.

La localización de la lesión parece tener menor influencia, si bien, hay un mayor predominio entre los operados de ulcus gástrico (160).

c) CLINICA: el hecho más llamativo es la aparición de algunas molestias muchas veces de escasa intensidad después de un largo periodo asintomático desde la intervención practicada. Normalmente, las manifestaciones subjetivas suelen ser muy escasas, incluso se dá importancia a la aparición de una progresiva e inexplicable pérdida de peso como primer signo de alarma (127-166-167-168). En otras ocasiones aparece una ligera molestias epigástrica como sensación de disconfort, que en nuestra experiencia es el primer síntoma que aparece en la mayoría de nuestros casos. Este dolor suele ser postprandial, en forma de pesadez, otras veces adquiere un ritmo pseudoulceroso (166) aunque no es frecuente. Otra sintomatología podría ser la disfagia por invasión del cardias, síntomas de estenosis de la boca con sus vómitos retencionistas, en menor cuantía que los observados en la estenosis pilorica, etc.

La incidencia de accidentes hemorrágicos no es rara (132), si bien no suelen ser masivas.

En resumen, vemos que la sintomatología en nada difiere con la del cancer gástrico con su síndrome dispéptico, astenia, anorexia y pérdida de peso, si bien suele ser de evolución corta en todas las series, no más allá de un año (127-155-162-167) y cuando aparece, suele ser ya tardío para poder instaurar una terapeútica efectiva.

Los datos de EXPLORACION FISICA serán en todo semejantes a los que podemos encontrar en el cancer de estómago, al igual que le ocurre a los datos analíticos, dependiendo del momento evolutivo del enfermo.

d) RADIOLOGIA: era el pilar fundamental del diagnóstico antes de la década de los 70, dado que la endoscopia estaba relegada a Centros muy especializados y su utilización no era sistemática.

Es probablemente en este campo uno de los que la positividad de certeza en la interpretación depende, como ya hemos venido viendo en anteriores capítulos, de la existencia de

un estudio radiológico post-operatorio previo (106) que nos sirva de patron comparativo y de que este estudio sea realizado de forma muy detallada con exposiciones de pliegues a base de capa fina de bario y de doble contraste que permita ver las incipientes alteraciones en la configuración de los mismos. Pese a todo esto, la positividad en el diagnóstico oscila de unas a otras publicaciones desde un 27% (169) hasta un 83% (129).

Los signos radiológicos encontrados no difieren en absoluto de los que pueden aparecer en el cancer del estómago íntegro, así, podrían objetivarse ulceraciones de características malignas, defectos de replección y zonas lacunares más o menos regulares, infiltración y rigidez en curvaduras y pliegues con infiltración de los mismos, y lo que es más frecuente, la asociación de varias imágenes que traducen la aparición de formas mixtas. (Foto nº 29)

e) ENDOSCOPIA: es la base diagnóstica fundamental, con que hoy dia contamos para este proceso, superando con mucho a la utilidad de la radiología e incluso de forma más evidente que en los casos de estómago íntegro.

La positividad que se encuentra en las estadísticas supera en la mayoría de ellos el 80% (126-130-151-169).

Las dificultades en la endoscopia en este tipo de enfermedad, no difiere de las ya referidas en el estómago operado y la semiología endoscópica es muy semejante a la que se puede encontrar en los cánceres de estómago íntegro, con imágenes infiltrativas irregulares, polipoides de aspecto cerebroide, alternando con ulceraciones más o menos profundas de bordes irregulares, serpiginosas, en las que no pueden determinarse dónde empieza y termina la fibrina. El fondo es irregular y mamelonado, con alteraciones en la homogeneidad y coloración de dicha fibrina, que le dan un aspecto comparable al bacon. (Foto nº 30)

CANCER BOCA ANASTOMOTICA
forma mixta

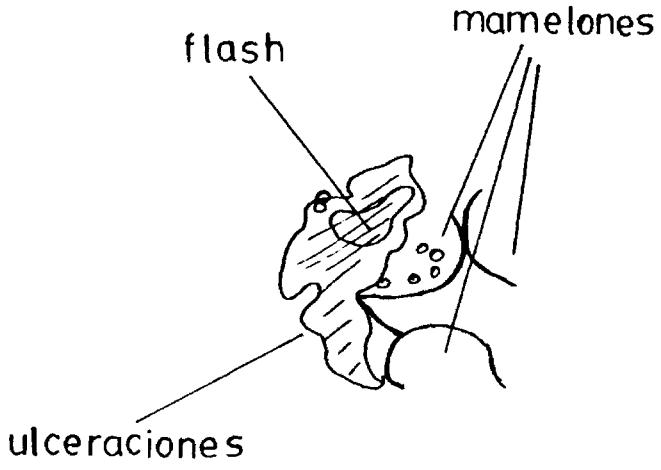


FOTO 29 : Cancer de boca anastomótica, aspecto radiológico.

FOTO 30

Igualmente podrán apreciarse zonas de falta de flexibilidad, si bien este signo es -- más dificil de interpretar, dado el menor peristaltismo que normalmente presenta el estómago operado y la menor distensibilidad del mismo, por la falta de retención del aire insuflado.

Lo más frecuente sin embargo, es que se -- asocien todas estas imágenes anteriormente detalladas, formando un aspecto pleomórfico característico y dificil de confundir.

La endoscopia debe ser complementada con - la biopsia y el estudio histológico corres-- pondiente. Desde este punto de vista, los tumores que nos encontramos más frecuentemente son adenocarcinomas, siendo mucho menos la - incidencia de sarcomas (155-170).
(Foto nº 31)

FOTO 31 : CARCINOMA DE BOCA ANASTOMOTICA. H.E (-220x). Los elementos atípicos son de tipo glandular. El revestimiento de los mismos muestra así - mismo, elementos atípicos con tendencia a formar papilas que ocupan la luz.

TUMORES BENIGNOS

Son una entidad poco frecuente en el estómago operado, sin repercusión clínica en la mayoría de ellos, salvo la posible aparición de una hemorragia o malignización y su distinción o diagnóstico habrá de realizarse mediante el estudio histológico que podrá mostrarnos la existencia de adenomas, miomas, neurofibromas, fibromas, lipomas y hemangiomas. De todos ellos, los más frecuentes son los que de una forma global denominamos "pólipos".

a) CONCEPTO: se aplica tal término a toda excreción de la mucosa de contorno redondeado y base amplia o pediculada (171). Histológicamente siempre se les ha considerado como adenomas benignos, pero en este aspecto su sustrato histológico puede ser variable, tanto en el tipo de tejido como en la benignidad o malignidad del mismo, por lo que algunos autores han propuesto la denominación de lesión polipoidea (172) y otros de lesión abombada o prominente (173), dejando la denominación

de pólipo para el adenoma benigno.

b) FRECUENCIA: oscila según las estadísticas; así por ejemplo (172) se encuentra un 0.2 -- 0.43% en 74.823 necropsias realizadas. En estudios endoscópicos suelen encontrarse en un 2.84% (174) y según Demling (171) en un 3.1%

Nuestra experiencia en las primeras 1.500 endoscopias practicadas es de 1.7%.

Los pólipos pueden presentarse de forma aislada, lo cual es lo más frecuente y en raras ocasiones difusamente (poliposis gástrica difusa), formando algunas veces parte de las poliposis familiares (poliposis cólica familiar, Síndrome de Gardner, Síndrome de Turkot, Síndrome de Cronhite-Canada, Peutz-Jeger), si bien no es una localización frecuente. En nuestra experiencia hemos estudiado dos casos de poliposis cólica familiar, una de ellos con 5 Gardner y una penetración del -- 80%, en los que sólo se detectó la presencia de un pólipo adenomatoso pequeño, menor de 1 cm. de diámetro en uno de los afectados (175-

-176).

c) CLINICA: es prácticamente nula, en la mayoría de los casos, dependiendo fundamentalmente del tamaño, localización y posible ulceración de la mucosa, de tal manera, que sólo serán sintomáticos cuando alteren el tránsito por afectación de algun esfinter, cuando disminuyan considerablemente la luz por su gran tamaño (normalmente sólo en tumores mesodérmicos), y lo que es más frecuente, cuando por erosión y/o ulceración de la mucosa puedan producir una hemorragia de mayor o menor cuantía. Por ello, la mayoría de estos tumores son hallazgos casuales (177).

d) RADIOLOGIA: el diagnóstico radiológico no es sencillo, dependiendo fundamentalmente del tamaño del pólipo, no siendo detectables cuando estos son menores de 5-10 mm. de diámetro (178). Normalmente se objetivan como defectos de replección redondeados, a veces de localización variable, lo que indica su pediculación, de contornos lisos que en ocasiones pueden ser irregulares, haciéndose en

tonces pensar en la existencia de una malignización o de un adenoma velloso. A veces, es visible en el centro una mancha suspendida que podrá corresponder a una ulceración o ser el canal excretor de un páncreas aberrante. De todas formas no hay ningún criterio radiológico de seguridad que permita el diagnóstico de certeza sobre las características de la lesión polipoide.

e) ENDOSCOPIA: el estudio endoscópico ser'a imprescindible ante la sospecha radiológica de una lesión polipoide, no sólo para estudiar su aspecto macroscópico, sino para la toma de biopsia y estudio histológico correspondiente, e incluso si el tamaño lo permite, la práctica mediante un asa de diatermia de una polipectomía endoscópica.(Foto nº 32 - 33)

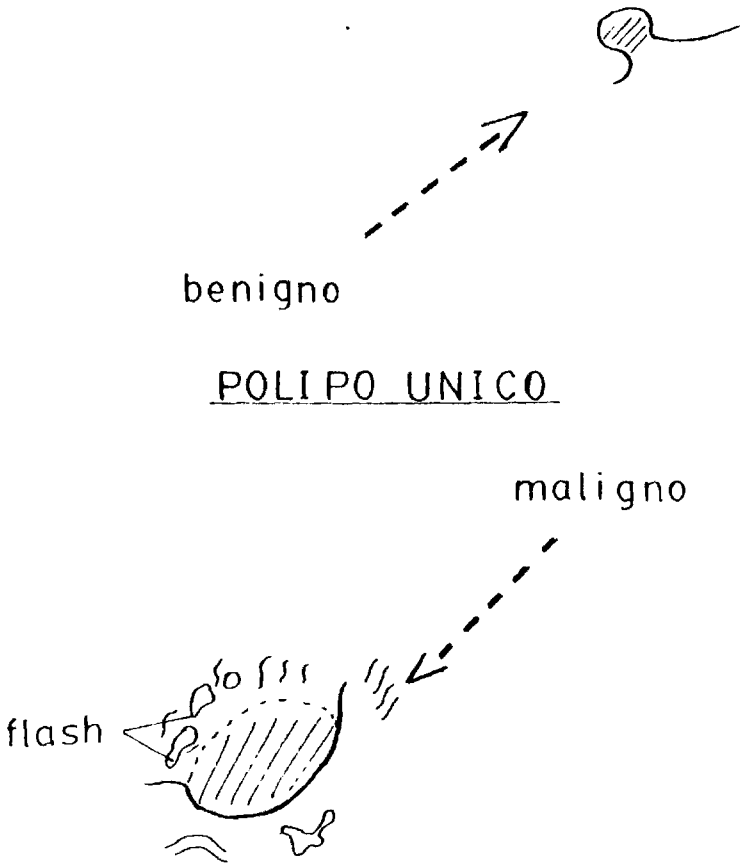

benigno
POLIPO UNICO
maligno
flash

FOTO 32 : Pólipo benigno.

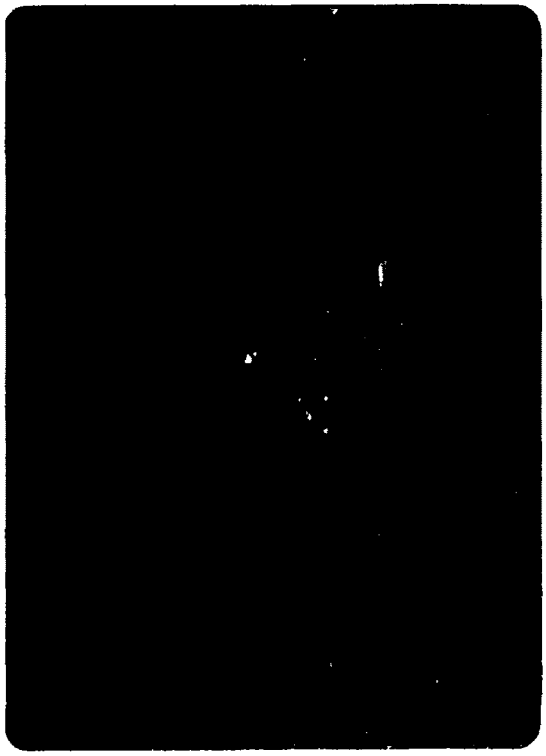


FOTO 33 : Pólipo maligno.

En nuestra experiencia los criterios de benignidad macroscópica son:

1.- Su aspecto redondeado.

2.- La clara delimitación con el tejido que les circunda.

3.- La pediculación.

4.- El aspecto de la mucosa que les recubre que presenta una coloración semejante y uniforme al resto del estómago.

5.- La elasticidad y flexibilidad de la mucosa, haciendo una "tienda de campaña" cuando se toma la biopsia y/o se tracciona.

Los criterios de malignidad son fundamentalmente:

1.- Los cambios de coloración.

2,. Necrosis mucosa.

3.- Límites mal definidos.

4.- Falta de flexibilidad y sensación de infil-- tración de la mucosa.

De todas formas, estos criterios no pueden considerarse patognomónicos, debiendo acudir a la histología que nos confirmaría el diagnóstico del tipo de lesión polipoide en la que podremos encontrar adenomas benignos y en otras ocasiones adenomas vellosos con malignización probable. Las lesiones polipoides no epiteliales pueden ser leiomiomas de un 20-40%, tumores neurogénicos de un - 10% y más raramente angiomas, lipomas y fibromas (171). (Foto 34-35)

Mención especial merece el PANCREAS ABE--- RRANTE cuya histologia es la correspondiente a - dicha glándula.

Respecto a la actitud terapeútica en las - lesiones polipoides, siguen vigentes los criterios de Mónaco y Col. (179), que indicaban que:

a) Si nos encontramos un pólipo solitario de diámetro menor de 2 cms. pediculado y sin criterios macroscópicos de malignidad, no debe ser intervenido, o en todo caso si es factible, podria practicársele una polipectomía endoscópica, con controles anuales ulteriores.

b) Si se trata de una adenomatosis múltiple, debe realizarse una resección.

c) Si el pólipo presenta signos de malignización macroscópica, deberá igualmente resecarse.

FOTO 34 : POLIPO JUVENIL. H.E. (40x). Se advier-- vierten abundantes dilataciones quisticas. En el estroma se observan focos de infiltración linfoide

FOTO 35 : POLIPO ADENOMATOSO. H.E. (400x). Se observa una glándula revestida por epitelio mucoso al lado de otra con el epitelio displasico. En la base del mismo se advierte franca malignización.

4.- PROCESOS DERIVADOS DE CUERPOS EXTRAÑOS.-

Este capítulo está representado fundamentalmente por la persistencia de los llamados HILOS DE SUTURA, que es un hallazgo relativamente frecuente que apareció con la era endoscópica, visualizándose como restos de material de sutura filiforme, de color verde oscuro, se asemejan a "espárragos", generalmente dobles (ambos fragmentos del nudo), convergentes hacia dicho nudo y recubiertos de un material de color verdoso que le dan el aspecto reseñado.

La persistencia de estos hilos depende mucho de la técnica de sutura utilizada, siendo mucho menos frecuente cuando se realizan suturas submucosas, haciendo el anudamiento por el lado seroso y con material reabsorbible. Igualmente el tiempo parece influir considerablemente, dado que es muy raro encontrarlos de 7-8 años después de la intervención, lo que indicaría que con el tiempo se desprenderían de forma espontánea (180).

La importancia clínica de estos hallazgos es muy dudosa (23-77-181), sobre todo cuando se - presentan de forma aislada y tan sólo pueden atribuírsele si se acompañan de necrosis fibrinoide - en su base de implantación, representando lo que se ha llamado "úlcera de sutura " (182-183), in-- distinguibles salvo por la presencia del hilo,del ulcus péptico, recomendándose en este caso la extirpación endoscópica (181), aparte del tratamiento antiulceroso oportuno e incluso la reoperación (184-185). En algunas ocasiones estas lesiones -- han provocado accidentes hemorrágicos (183-186).

Como es lógico, el diagnóstico de esta patología es absolutamente endoscópico, dado que esta lesión escapa al estudio radiológico.
(Foto nº 36)

HILO de SUTURA
MULTIPLE

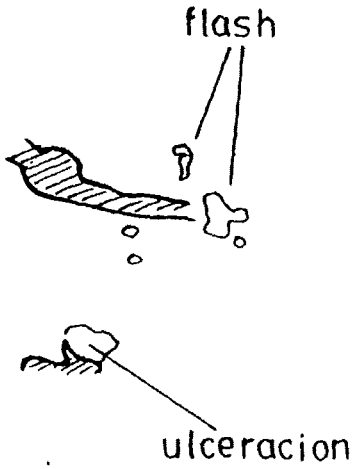


FOTO 36 : Hilos de sutura múltiples

5.- PATOLOGIA FUNCIONAL DEL ESTOMAGO OPERADO.-

Este grupo de problemas del estómago operado escapa al objeto de esta Tesis, dado que en todos ellos se dá el denominador común de ser normales a la exploración endoscópica, basándose su -- diagnóstico en el síndrome clínico, local o general que puedan presentar estos enfermos. De todas formas, se ha incluído en este trabajo por el hecho de que la negatividad endoscópica es una confirmación diagnóstica, siempre que sea claro el - síndrome clínico.

De todos los cuadros descritos como síndromes funcionales, nos referiremos exclusivamente a los que consideramos como más frecuentes en la -- práctica diaria, concretamente al síndrome de asa aferente, síndrome postgastrectomía y síndrome de Dumping. Respecto a los dos primeros no hemos encontrado hechos convincentes en la revisión de -- nuestra casuística que permitan asegurar categóricamente que se trataran de tales, por lo que no - han sido incluídos en este trabajo. Por el contrario sí hemos encontrado casos lo suficientemente demostrativos de Síndrome de Dumping como para englobarlos en este estudio.

SINDROME DE DUMPING

Lo constituye un conjunto de manifestaciones clínicas típicas, siempre provocadas por la ingestión de alimentos y que pueden separarse en tres grandes grupos:

a) TRASTORNOS GENERALES: consistentes en una astenia progresiva, debilidad muscular, lipotimia y vértigos que obligan al paciente a acostarse, con lo que suelen desaparecer.

b) TRASTORNOS CIRCULATORIOS Y VASOMOTORES: taquicardias, palpitaciones, sudoración e hipotensión.

c) TRASTORNOS DIGESTIVOS: suelen ser secundarios y se manifiestan por malestar epigástrico sin franco dolor, sensación nauseosa y crisis diarreicas.

Este síndrome no suele presentarse de forma completa, disociándose los síntomas, pero son siempre los mismos en el mismo enfermo, observándose unas características comunes que permiten el diagnóstico, tales como:

a) Aparecer con la ingestión de comidas y/o bebidas de forma generalmente inmediata.

b) Son más intensas con alimentos calientes o helados, la leche y productos azucarados concentrados (esto se utiliza como prueba funcional).

c) Desaparecer simplemente con el decúbito.

Respecto a la etiopatogenia se han invocado numerosas teorias:

a) TEORIA MECANICA: se atribuye a la distensión yeyunal sobre todo cuando el vaciamiento gástrico es brusco (187-188), habiéndose reproducido el síndrome mediante la distensión yeyunal con un balón. A favor de esta teoría está el hecho de ser más frecuente en los casos de intervenciones con muñón pequeño (189-190-191), boca amplia, a lo Polya (192), que permite el paso rápido y directo del alimento al yeyuno, y la menor frecuencia en la gastroduodenostomía (Pean).

En contra de esta teoría está el efecto de las soluciones hipertónicas pese a ser poco voluminosas y el no existir una estrecha correlación entre el volumen de las comidas y la intensidad del síndrome (193-194).

b) TEORIA VASCULAR: en el sentido de que la exudación del líquido plasmático en la luz yeyunal provocará una hipovolemia que podrá ser la causante del síndrome, habiéndose visto - en experimentos realizados, que en el individuo normal el descenso de la volemia no alcanza el 7% tras la ingestión de suero glucosado hipertónico, en tanto que en el gastrectomizado es del 10%, y del 13 al 20% cuando existe un Dumping. (189-194-195-196-197-198). En contra de esta teoria está el hecho de la falta de relación entre los signos clínicos y el descenso de volemia sin signos clínicos o viceversa. Igualmente la inyección durante las pruebas de soluciones hipertónicas, no - evita la sintomatología.

El hecho de que los signos aparezcan hacia los 30' de la ingestión de la glucosa y la hipovolemia a los 60', apuntan la posibilidad de una distribución anormal de la masa sanguínea en el organismo (199).

c) TEORIA HUMORAL: se ha comprobado una elevación de la glucemia importante en el Síndrome de Dumping, pero el posible efecto de esta hiperglucemia no está claro, ya que la perfusión directa de glucosa no suele reproducir el Síndrome (198-200). Parece que la hiperglucemia favorecería la hipovolemia estando incluso justificado para algunos autores la terapeútica con insulina (198).

En contra de esta teoría está el hecho de la inconstante acción de la insulina, la ausencia de relación entre el aumento de glucemia y la hipovolemia, la existencia de hiperglucemia sin síndrome.

Otros autores, JHONSON L.P. (189-201), demostraron la posible intervención en el Dumping de un agente humoral liberado en la corriente portal que parece ser semejante a la serotonina, a cuyo favor está la analogía relativa entre la clínica del Dumping y el carcinoide, el efecto inhibidor de los antiserotonínicos en las experiencias de circulación cruzada y en la liberación de serotonina por las células de KULCINSKY por la distensión -

yeyunal o la instilación de sustancias hipertónicas (193-202), sin embargo, la cualificación de 5 HIA en orina no ha sido positiva, la cuantificación de serotonina y el test digestivo de la serotoninemia provocada tampoco han dado resultados concluyentes (193).

Otros autores (202), encuentran aumento de bradiquinina en el Dumping provocado.

d) TEORIA NEURO-VEGETATIVA: para algunos autores la función del sistema neurovegetativo sería primordial. Piensan que se debería a una sobreestimulación de los núcleos del suelo del 4º ventrículo (203). Efectivamente, parece que en estudios experimentales, la denervación yeyunal impide la aparición del síndrome. Igualmente se han provocado potenciales de acción anormales a nivel de los nervios mesentéricos cuando se pone en contacto la mucosa yeyunal con soluciones de glúcidos y aminoácidos.

En conclusión, no parece que el síndrome - de Dumping obedezca a una fisiopatogenia unitaria sino que tiene que estar imbricados varios factores, interrelacionados en un mismo mecanismo (204).

El estudio RADIOLOGICO de estos enfermos, no suele aportar hechos concluyentes (205).

CAPITULO IV :

P A R T E E S P E C I A L

PROPOSITO DE LA TESIS

Siempre ha sido objeto del que hacer médico diario en sus distintas facetas y especialidades, el lograr el diagnóstico directo de las enfermedades mediante la visión de la lesión que las produce; con estos fines se han ido perfeccionando e ideando nuevas técnicas que de una u otra forma exteriorizan las alteraciones internas. Es probablemente este objetivo el que guió desde un principio el desarrollo de la técnica endoscópica de la cual naturalmente, no se escapa la exploración del aparato digestivo, de tal manera que ha llegado a decirse que la endoscopia digestiva era semejante o igual que una especial "Dermatología de las mucosas gastrointestinales".

Si problemático o dificultoso resultaba el diagnóstico en patología gastroduodenal superior, mucho más dificil es lograr con los métodos convencionales un diagnóstico correcto en el estómago operado. Las diferentes intervenciones quirúrgicas que sobre él se practican o se han practicado tanto en el sentido de resección, vagotomías, drenajes, aperturas... crean una serie de alteraciones anatómicas y funcionales que hacen muchas veces que el diagnóstico camine sobre unas bases poco sustentadas y siempre sometido a numerosas du-

das. En este aspecto los mismos puntos de sutura, las zonas de resección, el cambio de relaciones - anatómicas, los posibles granulomas en la zona de implantación de los puntos, etc... varían de tal manera el aspecto radiológico habitual que para - identificar una lesión bien prominente, bien en - forma de defecto de replección, tenemos la posibilidad de que corresponda a un artefacto provocado por el cirujano. Por ello, se recomienda al practicar de forma sistemática un estudio radiológico - postoperatorio, que nos sirva de patron de refe-- rencia para sucesivas revisiones. Sin embargo, pese a ésto y a verificarse estudios radiográficos detallados en el estómago operado, las estadísticas de positividad de lesiones no superan el 60 - al 70% (35-96-181-206-207), de tal forma se ha -- llegado a decir que la exploración radiológica - del estómago operado es "La Escuela Superior de Radiología".

Si con estas minuciosas técnicas se consiguen unos porcentajes tan limitados y por el contrario se incrementan y acercan al 100% con la endoscopia del muñón gástrico, se justifica sobradamente el que esta exploración haya venido a ser - el pilar fundamental en el diagnóstico de estos -

enfermos, eliminando las innumerables dudas que - en los mismos teníamos.

Es propósito de esta tesis el recoger de - una manera retrospectiva el quehacer diario con - los enfermos operados de estómago de un Hospital- de ámbito provincial y características eminentemente asistenciales, mostrando la gran ayuda que nos ha supuesto la endoscopia en el estudios de estos pacientes. Se ha revisado la pasada década y de - ella creemos que podemos afirmar:

A) Relativa frecuencia de recidivas ulcerosas - tanto en la mucosa del muñon como en la anastómosis, hecho en el que anteriormente casi siempre nos quedábamos con diagnósticos inseguros.

B) El aumento de la frecuencia de procesos ma-- lignos en los enfermos resecados en relación con la población general, sobre todo cuando han transcurrido más de 15 años.

C) El diagnóstico de las enfermedades mucosas - que no tenian traducción radiológica, tales

como la estomitis, hilos de sutura, etc...

D) La ausencia de patología orgánica en aquellos procesos funcionales que normalmente - eran difíciles de descartar.

En resumen y haciendo una recopilación de todo lo dicho, creemos que nuestro propósito aparte de explicar las dlficultades y peculiaridades que de una forma un tanto autodidacta y a base de muchas exploraciones hemos ido encontrando, es el demostrar que la endoscopia en el estómago operado es hoy en día el pilar fundamental e imprescindible sobre el que ha de basarse el diagnóstico - de estos enfermos, haciendo la importante salve-- dad que esta exploración no es competitiva con -- ninguna y menos con la radiología, siendo complementaria a ella y llenando las lagunas que por -- una u otra razón, aquellas dejaban.

A.- APARATOS EMPLEADOS:

- CARACTERISTICAS Y PECULIARIDADES DE LOS DISTINTOS ENDOSCOPIOS.

- RESTO DE APARATAJE.

En este trabajo se han utilizado varios modelos de endoscopios, todos ellos de la Casa Olympus, concretamente el panendoscopio Gif-D, un duodenoscopio JF, colonofibroscopio CL, panendoscopio frontolateral GIF-K y últimamente un panendoscopio pediátrico GIF-P_2.

De todos ellos, el más utilizado ha sido el GIF-D cuyas ventajas fundamentales son el tener una visión axial que nos permite ir viendo a medida que avanzamos, poseer una buena movilidad y orientación dentro de la cavidad gástrica, así como permitirnos en un sólo exámen, explorar esófago, estómago y duodeno.

Sus mayores inconvenientes son la existencia de zonas mudas anteriormente referidas (región subcardial y techo del antro), que se subsanan con la retrovisión antes descrita, con las consiguientes molestias para el enfermo y el deterioro del aparato. Otra desventaja es el de la toma de biopsia, dado que la pinza no puede ser orientada, por lo que hay que enfrentar mediante flexión, la lesión al endoscopio. Ultimamente ésto se ha subsanado de forma eficaz mediante la incorporación al aparato de un dispositivo orienta-

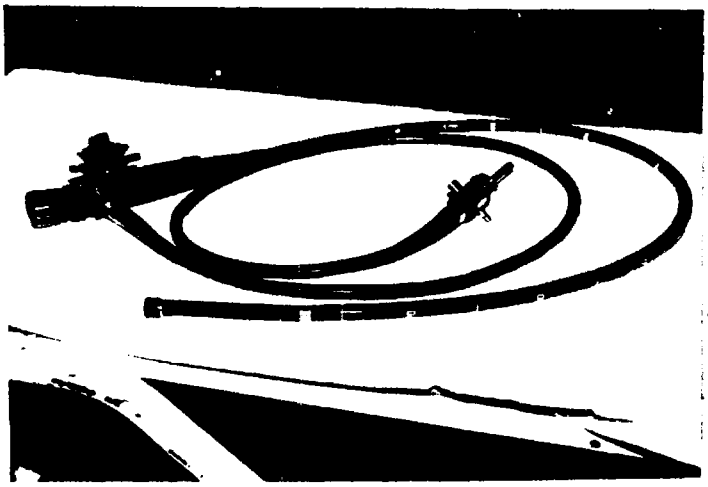


FOTO 37 : Panendoscopio GIF-D

FOTO 38 : Extremidad distal del panendoscopio GIF-D

dor de la pinza, solucionando de esta manera el - problema (GIF-D_2-D_3-K).

La aparición del panendoscopio pediátrico (GIF-P_2), representa entre otras ventajas el ser mejor tolerado que el resto de sus hermanos, hasta el punto de ser a veces innecesaria la premedicación. Igualmente, dada su gran flexibilidad, la retroflexión es maniobra sencillísima y que puede realizarse de forma sistemática no sólo en estómago sino también en esófago y duodeno.

Sus mayores desventajas son en nuestra opinión, la limitación de flexión de la extremidad - distal (alcanzándose la flexión de 180º sólo en - un sentido y en el perpendicular abarca sólo los 90º en una dirección). Otra desventaja del infantil es el carecer de orientador de la pinza de -- biopsia; el tener un canal de biopsia muy fino y cuyas pinzas hacen unas tomas con muy escaso material. Su gran flexibilidad dificulta a veces la - introducción del aparato en el esófago, lo cual - suele subsanarse haciendo que el enfermo saque la lengua en posición forzada. Por este motivo, en - ocasiones resulta dificil traspasar el píloro, debiendo ayudarse mediante los frenos de angulación.

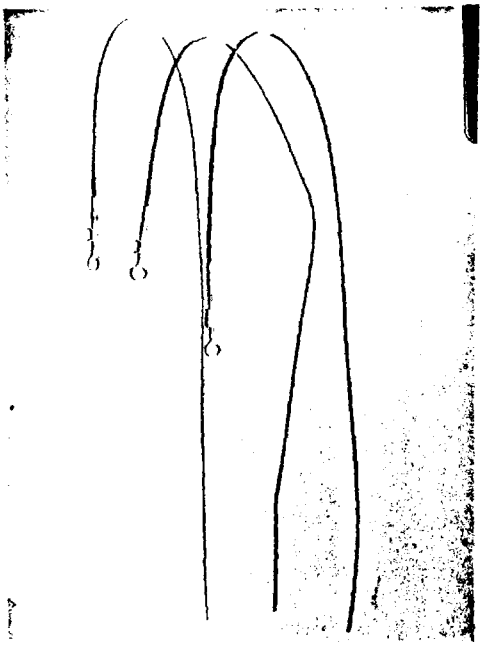


FOTO 39 : Distintas pinzas de biopsia utilizadas.

FOTO 40 : Cucharillas de la pinza de biopsia del gastroscopio GIF-D.

FOTO 41 : Panendoscopio pediatrico GIF-P_2

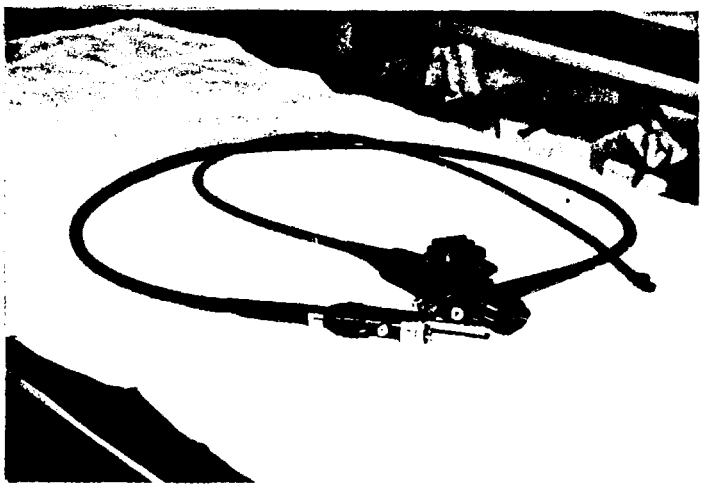


FOTO 42 : Extremidad distal del panendosco--
pio pediatrico GIF-P_2

. . Por último, otra desventaja que hemos encontrado en el P_2 es que debido al mínimo calibre del canal de aspiración, suele atascarse con facilidad, sobre todo en los enfermos sangrantes o retencionistas. El hecho de tener un campo visual reducido, no consideramos sea importante dado que se explora perfectamente toda la mucosa a base de la movilización del aparato. (Foto nº 43)

El panendoscopio GIF-K, cuya visión es oblícua, no nos ha aportado en nuestra experiencia ninguna ventaja sobre la gama del GIF-D y sí el inconveniente de una mayor fragilidad y una más dificil aspiración. (Foto nº 44-45)

El endoscopio de visión lateral JF, permite una mejor exploración de la cavidad gástrica y de la 2ª porción duodenal, siendo el aparato de elección para canalizaciones de papila. Las biopsias así mismo, se toman con mayor facilidad que con el GIF-D, si bien el tamaño de la muestra es más pequeño. (Foto nº 46-47)

Sus mayores desventajas estriban en no permitir la exploración de la mucosa esofágica y bulbar, aunque con la flexión forzada se consigue en

no pocas ocasiones. Debemos comentar por último, que es bastante sencillo la retrovisión en cavidad gástrica.

El colonoscopio tuvimos que utilizarlo en algunas ocasiones por avería del resto del aparataje, sin encontrar ninguna ventaja sobre los anteriores y sí muchos inconvenientes, tanto en lo que respecta a la tolerancia como a la exploración en sí. (Foto nº 48 - 49)

Un último capítulo dentro del aparataje es lo que respecta a la Manutención y Entretenimiento de los mismos. Personalmente, sólo realizamos un lavado con agua y algún detergente de la superficie externa; minucioso lavado y cepillado del canal de aspiración y ulterior secado mediante insuflación continuada. (Foto nº 50)

No practicamos ninguna técnica de esterilización por no haber tenido problemas infecciosos en las endoscopias practicadas, tranquilizándonos al observar cómo en la Literatura Mundial, los estudios realizados con esta intencionalidad han dado unos resultados semejantes (145), aconsejándo-

se tan sólo el esmerar los cuidados en los enfermos con marcada disminución de las defensas, como los leucémicos o neoplásicos, sometidos a tratamiento citostático.

Se han utilizado así mismo fuentes de luz Olympus, modelos CLE-3 y CLX-F. Máquinas fotográficas Olympus PEN-F y OM-1, con películas Kodack ethacrom 160-ASA y aspiradores endodigestivos modelos Industrial Ordisi. (Fotos nº 51-52-53-54-55 56)

FOTO 43 : Cucharillas de la pinza de biopsia del GIF-P_2

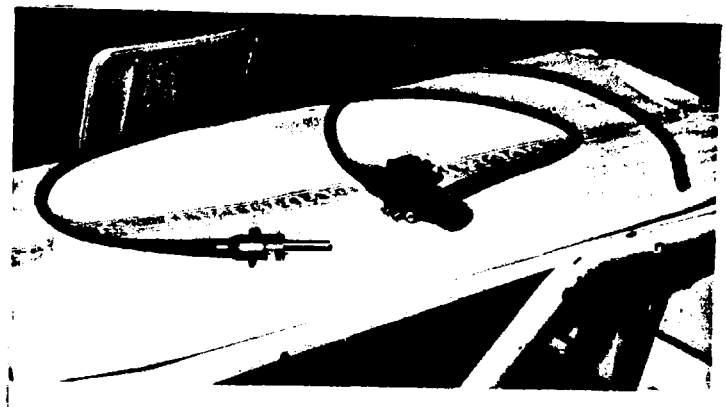


FOTO 44 : Panendoscopio GIF-K

FOTO 45 : Extremidad distal del GIF-K

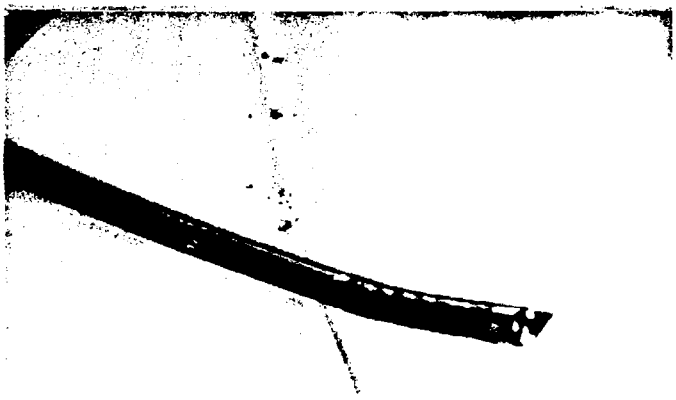


FOTO 46 : Duodenoscopio JF

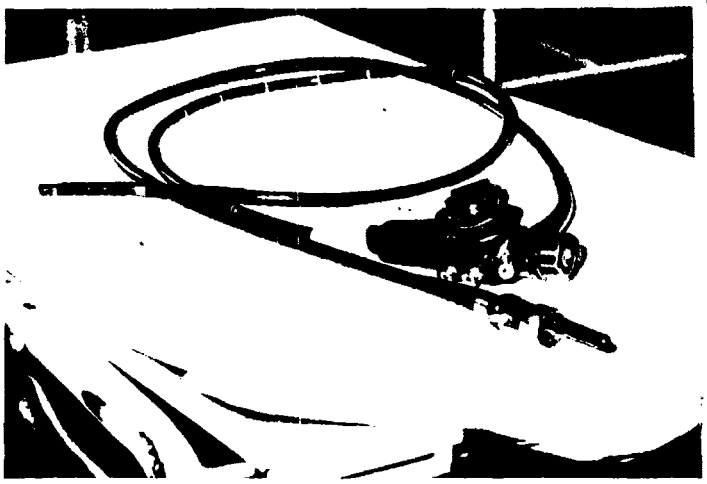


FOTO 47 : Extremidad distal del duodenoscopio

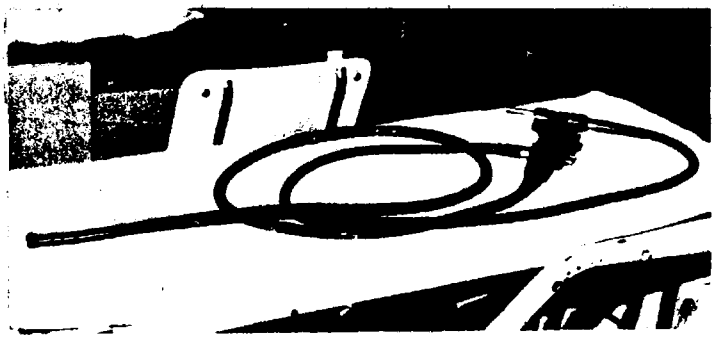


FOTO 48 : Colonoscopio

FOTO 49 : Extremidad distal del colonoscopio

FOTO 50 : Conservación y limpieza de los endoscopios.

FOTO 51 : Fuente de luz, modelo CLE-3 y cámara de fotos PEN-F

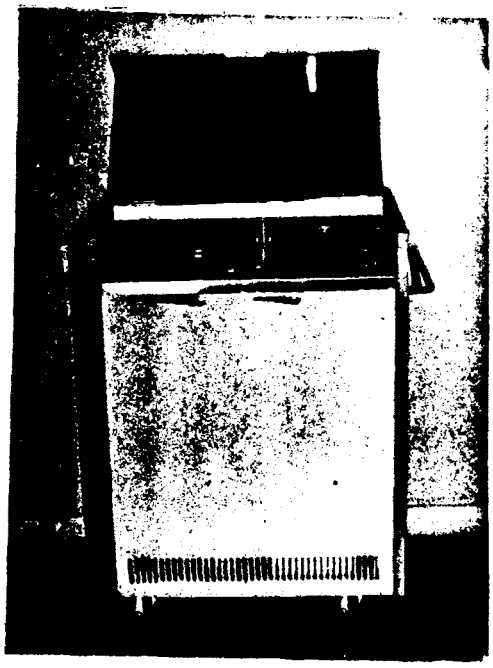


FOTO 52 : Fuente de luz, modelo CLX-F

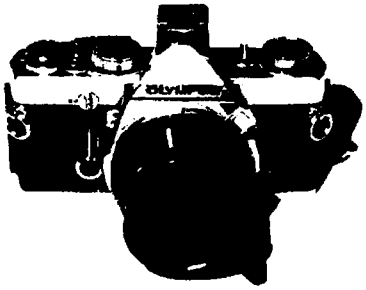
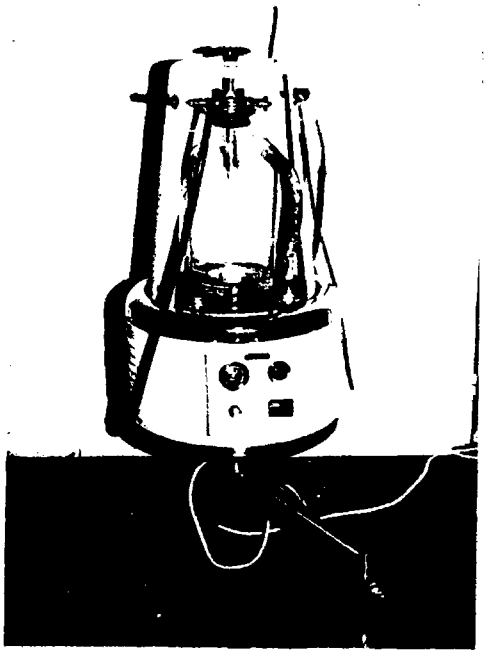


FOTO 53 : Maquina de fotos OM-1

FOTO 54 :
Aspirador



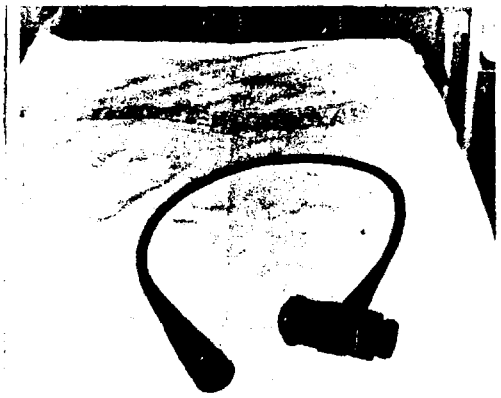
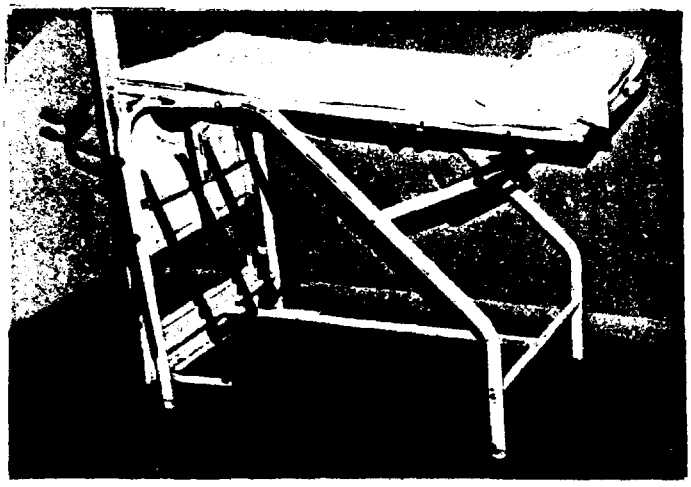


FOTO 55 :

Lecturoscopio

FOTO 56 : Camilla de exploración



B.- METODICA:

- METODO EMPLEADO

- DISTINTOS GRUPOS DE PACIENTES

Antes de entrar en el estudio de los enfermos explorados, creemos necesario insistir en las características del Hospital donde se ha realizado este trabajo, que como ya hemos dicho anteriormente, se trata de una Residencia de la Seguridad Social de ámbito provincial, con 300 camas, de -- las cuales 70 están destinadas al Servicio de Medicina Interna dentro de la cual funciona la Unidad de Endoscopia Digestiva.

El estudio se ha realizado de forma retrospectiva, revisando todas las historias de enfermos asistidos en nuestro Servicio durante el periodo de tiempo comprendido desde el año 1973-80, que - han significado un número de 25.631, de las cua-- les presentaban enfermedad digestiva 5.822, con - un total de enfermos operados de estómago de 327, con distintos tipos de problemas, como más adelante veremos (Cuadro nº 3).

CUADRO 3

	Nº	%
Nº HISTORIAS REVISADAS	25.631 . . .	100,00
Nº HISTORIAS PATOLOGIA DIGESTIVA	5.822 . . .	22,71
Nº ENFERMOS OPERADOS ESTOMAGO	327 . . .	1,27

Se han incluido en el presente estudio solo los enfermos operados a los que se les practicó endoscopia, rechazándose aquellos en los que por una u otra razón dicha exploración no fué realizada (Cuadro nº 4).

Como se ve, la casi totalidad de los mismos, fueron explorados con esta técnica.

En estos enfermos podriamos, respecto a la sistemática de estudio, realizar dos grandes grupos:

I.- Un primer grupo, constituido por aquellos en los que el motivo de su ingreso fué la presencia de una hemorragia digestiva, con mayor o menor repercusión hemodinámica, que dadas las características asistenciales de nuestro Hospital, forman un grupo muy numeroso que se aproxima al 30% (Cuadro nº 5)

CUADRO 4

	Nº	%
Nº ENFERMOS OPERADOS	327 . . .	100,00
Nº ENFERMOS CON ENDOSCOPIA REALIZADA . . .	320 . . .	97,85
Nº ENFERMOS DESECHADOS	7 . . .	2,14

CUADRO 5

	Nº	%
Nº ENFERMOS OPERADOS CON ENDOSCOPIA REALIZADA /	320	100,00
Nº ENFERMOS SANGRANTES	96	30,00
Nº ENFERMOS PROGRAMADOS	224	70,00

En estos pacientes, la planificación de estudio seguida fué en primer lugar,el estudio y valoración clínica-hemodinámica de su situación e inmediatamente,si sus condiciones generales lo permitían, era practicada la endoscopia.

Previamente se les sometía a un lavado gástrico con suero helado que nos representa varias ventajas, tales como tener la cavidad gástrica lo más limpia posible de restos hemáticos, el ser -- una buena medida terapeútica inicial por sus efectos hemostáticos. Al mismo tiempo se instauran -- las medidas antishock a base de hemoterapia y/o - expansores del plasma que el enfermo necesite.

Una vez esté en condiciones mínimas, se -- practica la endoscopia con las particularidades - comentadas en otro apartado de no utilizar la inducción medicamentosa y de tener sumo cuidado de no quedarnos sin visión por efecto de los restos hem'aticos. Es importante en estos enfermos utilizar lo menos posible la aspiración y el máximo lavado de la extremidad distal con un sistema de lavado a presión. Cuando presentan estos pacientes signos recientes y abundantes de hemostasia o he-

morragia activa, evitamos el realizar toma de biopsia, dado el lógico peligro de poder reactivarla, dejando, si no consideramos necesario, su realización para un segundo tiempo, una vez controlada la misma.

Después de conocida la causa de la hemorragia y según aquella y la situación del enfermo, éste se somete a intervención quirúrgica de urgencia o bien a tratamiento médico, en cuyo caso, en dias sucesivos se completa el estudio con las determinaciones analíticas, radiológicas y la posterior instauración de una pauta terapeútica definitiva. (Cuadro nº 6).

CUADRO 6

SISTEMATICA DE ESTUDIO EN ENFERMOS SANGRANTES

1.- ESTUDIO CLINICO Y EVALUACION HEMODINAMICA a SU INGRESO

2.- LAVADO GASTRICO Y MEDIDAS ANTISHOCK

3.- ENDOSCOPIA

4.- TRATAMIENTO QUIRURGICO

5.- COMPLETAR ESTUDIO CLINICO , ANALITICO

6.- EXPLORACION RADIOLOGICA

7.- POSIBLE NUEVA ENDOSCOPIA Y TOMA DE BIOPSIA

8.- TRATAMIENTO DEFINITIVO.-

II.- El otro grupo está representado por los enfermos estudiados de forma programada, bien ingresados o asistidos en Policlínica y cuyo protocolo sigue las directrices de: estudios clínicos, analíticos, radiológicos (muy importantes en el estómago operado) y por último endoscopia, siguiendo los criterios anteriormente expuestos, y toma de biopsia, obteniéndose en cada exploración un número de muestras no inferior a 5-6. Una vez extraído el material, se fija en formol neutralizado con carbonato cálcico al 10%. El volumen del líquido utilizado sobrepasa siempre 10 veces el del material que se envía (Cuadro nº 7).

El procesado de las piezas se ha realizado siempre con la misma metodología (Servicio de Anatomía Patológica). Después de 24 horas de fijación, el especimen es deshidratado en alcoholes sucesivos y aclarado en xilol. La inclusión de los fragmentos se realiza en parafina sintética a 52-55º. Los bloques obtenidos tras la inclusión, se serian en cortes para su ulterior tinción. (Foto nº 57)

CUADRO 7

SISTEMATICA DE ESTUDIO EN ENFERMOS PROGRAMADOS

1.- ESTUDIO CLINICO Y ANALITICO

2.- EXPLORACION RADIOLOGICA

3.- ENDOSCOPIA Y BIOPSIA

4.- TRATAMIENTO

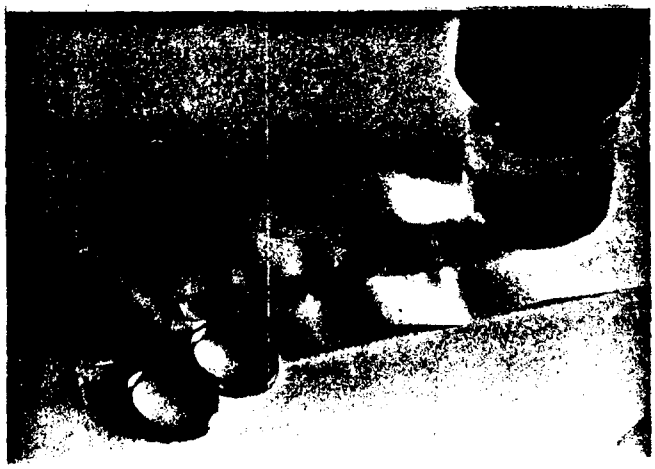


FOTO 57 : Muestra para biopsia.

Como técnica habitual de tinción se utiliza la hematoxilina-eosina de HARRIS. Sin embargo, se utiliza en los casos que lo requiere, técnicas histioquímicas complementarias cuales son:

a) Técnica del PAS (Acido peryódico de Schiff), que evidencia membranas basales, sustancias mucoides y mucopolisacáridos neutros.

b) Tricómico de Masson, con esta técnica se identifica el colágeno que se tiñe selectivamente de azul o verde (verde luz) e indica el alcance de una cicatriz ulcerosa.

c) Técnica argéntica de Laylaw, a través de ella se evidencia la trama arquitectónica del tejido, ya que aparece reflejada la malla de reticulina. Esta técnica sirve para realizar diagnósticos diferenciales, ya que indica el tipo de crecimiento que puede experimentar un tumor.

El diagnóstico y la terminología utilizada ha sido siempre unitaria y con arreglo a unos patrones histológicos previamente establecidos por el Servicio de Anatomía Patológica.

C.- CASUISTICA Y PARAMETROS CLINICOS

Como en el capítulo anterior indicábamos, se han incluído en el presente estudio un total de 320 enfermos vistos en la Unidad de Patologia Digestiva, habiéndose rechazado 7 por no haberse practicado endoscopia. De ello se infiere que -- prácticamente el 100% de los enfermos operados - de estómago y que nos consultan por alguna molestia, se les practica endoscopia como exploración rutinaria.

Los resultados obtenidos en estos enfermos han sido de 237 casos con patología endoscópica, lo que representa un porcentaje de 74,06. (Cuadro nº 8).

CUADRO 8

	Nº		%
Nº ENFERMOS EXPLORADOS ENDOSCOPICAMENTE OPERADOS DE ESTOMAGO	320	. . . .	100,00
Nº ENDOSCOPIAS POSITIVAS	237	. . . .	74,06
Nº ENDOSCOPIAS NEGATIVAS	83	. . . .	25,93

La edad de nuestros pacientes se distribuye según el Cuadro nº 9, deduciéndose que el máximo porcentaje se localiza en la 4ª y 5ª década, hecho que no extraña dado que la mayoría de los enfermos fueron intervenidos de los 30 a los 40 años.

El sexo de nuestros enfermos presenta un gran predominio, como es habitual en la úlcera péptica, del masculino, repartiéndose según el Cuadro nº 10.

La causa de la operación en estos pacientes fue la enfermedad ulcerosa con una mínima incidencia del cancer gástrico y un número considerable en los cuales se desconocía con seguridad el motivo de su intervención, sobre todo en lo que respecta a la localización, por lo que a la hora de valorarlos se les ha denominado como causa desconocida. Existe un predominio claro de incidencia de úlcera duodenal como causa de intervención. (Cuadro nº 11).

CUADRO 9

EDAD

	Nº	%
Nº ENFERMOS EXPLORADOS	237	100,00
. De 10 - 20 años	0	---
. De 20 - 30 "	7	2,95
. De 30 - 40 "	34	14,34
. De 40 - 50 "	65	27,46
. De 50 - 60 "	73	30,80
. De 60 - 70 "	45	18,98
. Más de 70 "	13	5,48

CUADRO 10

S E X O

	Nº	%
Nº ENFERMOS ESTUDIADOS	237	100,00
VARON	207	87,34
HEMBRA	30	12,65

CUADRO 11

	Nº	%
MOTIVO DE LA INTERVENCION.-		
Nº ENFERMOS OPERADOS	237	100,00
ULCERAS GASTRICAS	66	27,84
ULCERAS DUODENALES	109	45,99
CANCER GASTRICO	12	5,06
CAUSA DESCONOCIDA	50	21,09

El tiempo transcurrido desde la intervención hasta su ingreso queda reflejado en el cuadro nº 12, viéndose el gran predominio que existe en los primeros 5 y 10 años, disminuyendo posteriormente para tener un nuevo incremento a partir de los 20 años, jugando en este periodo un papel importante los procesos malignos.

Los estudios radiológicos efectuados de forma sistemática, se expresan en el cuadro nº 13 destacando el gran porcentaje de negatividad de esta exploración en este tipo de enfermos, hecho ya comentado anteriormente. Se han incluido en este apartado aquellos pacientes con radiología dudosa e inexpresiva que corresponden a los casos de patología funcional, en los que presentaban algún tipo de patología endoscópica que nada tenia que ver con su enfermedad.

Los enfermos que no se les realizó estudio radiológico, corresponden a aquellos cuyo motivo de ingreso fué una hemorragia digestiva y las condiciones de su lesión hizo necesaria una intervención quirúrgica urgente.

CUADRO 12

TIEMPO DE INTERVENCION

	Nº	%
De 1 - 5 años . . .	120 . . .	50,63
De 5 - 10 " . . .	53 . . .	22,36
De 10 - 15 " . . .	19 . . .	8,01
De 15 - 20 " . . .	8 . . .	3,37
De 20 - 25 " . . .	37 . . .	15,61
Nº ENFERMOS OPERADOS .	237 . . .	100,00

CUADRO 13

RADIOLOGIA

	Nº	%
Nº ENFERMOS ESTUDIADOS	237	100,00
RADIOLOGIA POSITIVA	56	23,62
RADIOLOGIA NEGATIVA	155	65,40
RADIOLOGIA INEXPRESIVA	16	6,75
NO REALIZADA	10	4,21

El estudio endoscópico mostró una gran positividad como queda reflejado en el Cuadro nº 14 demostrándose que existe un 90% de positividad diagnóstica. Los casos negativos corresponden a cuadros funcionales (Dumping), en los que la exclusión de la patología orgánica confirma dicho diagnóstico. Se han incluído como dudosas e inexpresivas varios casos de estomitis, cuyo diagnóstico fue histológico y una fístula gastro-yeyun-cólica en la que se objetivó el orificio fistuloso, siendo verificado el diagnóstico por el reflujo fecaloideo y comprobado posteriormente por radiología.

CUADRO 14

ENDOSCOPIA

	Nº	%
Nº ENFERMOS ESTUDIADOS	237	100,00
ENDOSCOPIAS POSITIVAS	215	90,71
ENDOSCOPIAS NEGATIVAS	15	6,32
ENDOSCOPIAS INEXPRESIVAS	7	2,95

Se realizaron tomas de biopsia en 93 enfermos, destacando que en aquellos en que la úlcera fue de boca anastomótica no se les verificó estudio histológico (Cuadro nº 15).

De todos estos enfermos, la intervención a la que habían sido sometidos fue en su mayoría Billroth-II, siguiéndole en frecuencia el I. (Cuadro nº 16).

Los diagnósticos obtenidos quedan expresados en el Cuadro nº 18, observándose que la úlcera péptica ocupa el primer lugar en la patología del estómago operado, lo que no deja de ser algo a considerar, dado que fue ella la que motivó la intervención en la mayoría de los enfermos, considerando que su problema quedó sin solucionar con dicha intervención.

CUADRO 15

H I S T O L O G I A

	Nº	% TOTAL	% PARCIAL
Nº ENFERMOS ESTUDIADOS	237	100,00	
BIOPSIAS REALIZADAS /	93	39,24	100,00
POSITIVAS	83	35,02	89,24
NEGATIVAS	1	0,42	0,07
DUDOSAS	9	3,79	9,67
BIOPSIAS NO REALIZADAS	144	60,75	

CUADRO 16

TIPO DE INTERVENCION

	Nº	%
Nº ENFEMOS OPERADOS	320	100,00
Nº ENFERMOS OPERADOS CON PATOLOGIA ENDOSCOPICA	237	74,06
Nº ENFERMOS OPERADOS SIN PATOLOGIA ENDOSCOP/	83	25,93

CUADRO 17

TIPO DE INTERVENCION	PAT.ENDOS.(+)		PAT. ENDOS. (-)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BILRROTH - I	75	23,43	17	5,31	92	28,75
BILRROTH - II	106	33,12	20	6,25	126	39,37
GASTRECTOMIA TOTAL	2	0,62	3	0,93	5	1,56
VAGOTOMIA + PILOROPLASTIA	26	8,12	16	5,00	42	13,12
VAGOTOMIA + GASTRO.	16	5,00	25	7,81	41	12,81
VAGOTOMIA + BILRROTH-I	1	0,31	2	0,62	3	0,93
GASTROENTEROSTOMIA	11	3,43	0	---	11	3,43
TOTAL	237	74,03	83	25,92	320	99,97

CUADRO 18

DIAGNOSTICOS

	Nº	%
Nº ENFERMOS ESTUDIADOS CON PATOLOGIA ENDOSCOPICA POSITIVA	237	100,00
ULCUS DE B.A.	82	34,59
ESTOMITIS	70	29,53
HILOS DE SUTURA	35	14,76
POLIPOS DE B.A.	8	3,37
CANCER de MUÑON GASTRICO	22	9,28
FISTULA G-Y-C	4	1,68
PURPURA	1	0,42
DUMPING	15	6,32

I.- CRITICA A LA CASUISTICA:

Los criterios de selección utilizados en el presente trabajo, creo que pueden adolecer de una serie de defectos o al menos matices, que de una manera más o menos marcada habrán influído en los resultados y en consecuencia, en las conclusiones.

De una forma esquemática podríamos considerar los siguientes hechos en este apartado:

A) Tipo de Hospital en el que se ha realizado el trabajo.

B) Medio sociodemográfico del estudio.

C) Defectos derivados del aprendizaje endoscópico.

D) Derivados del tema estudiado.

A) Características del Hospital:

Todo el trabajo se ha realizado con enfermos de un Centro Hospitalario de la Seguridad Social, de ámbito provincial y de características eminentemente asistenciales, careciendo de docencia e investigación. De ello se deriva el hecho de que la meta fundamental en los enfermos estudiados ha sido la rápida curación y reincorporación a su medio habitual, lo que naturalmente ha originado que los estudios se hayan en ocasiones realizado de forma acelerada.

Igualmente, vemos un importante contingente de complicaciones hemorrágicas en nuestros enfermos, hasta el punto, de haber diferenciado dos distintas metódicas de estudio con aquellos y con los que su ingreso no los motivaba el accidente hemorrágico.

Pensamos que estas particularidades de la población estudiada son totalmente inherentes al medio hospitalario donde se han realizado, dado que la gran mayoría de los gastrópatas no sangrantes, son asistidos en las consultas ambulatorias que no dependen de nuestro Hospital.

B) Medio demográfico del estudio:

Pensamos que los enfermos seleccionados se - ven afectados por el medio socio-cultural y laboral de nuestra provincia, de tal manera, que predominan de forma manifiesta los enfermos campesinos, de un nivel socio-cultural más bien bajo, lo que de alguna manera podría influir en el grupo, sobre todo teniendo en cuenta que la enfermedad - que más hemos tratado es la ulcerosa, con la gran influencia etiopatogénica que en ella tiene el ambiente social del enfermo.

C) Derivados del aprendizaje endoscópico:

El amplio periodo elegido para la selección de enfermos, pensamos ha podido tener influencia en el trabajo, dado que en el año 72, la experiencia endoscópica que ten'iamos no es la que en la actualidad poseemos, por lo que los criterios diagnósticos y los resultados, se han visto modificados de forma progresiva,al igual que los paráme-- tros utilizados para la indicación de la gastroscopia.

Las características retrospectivas del estudio, con revisión de archivos, ha podido incidir en los resultados al originar una discreta falta de paralelismo y/o coincidencia de criterios en el estudio de los enfermos seleccionados, si bien esta posible disparidad se ve subsanada, dado que la exploración endoscópica siempre se ha realizado de forma personal en nuestra Unidad.

Igualmente hemos intentado subsanar el factor de subjetividad en la selección de los enfermos, dado que el único criterio utilizado para incluirlos en el trabajo ha sido el que los enfermos hubieran sido intervenidos quirúrgicamente de estómago.

D) Por el tema elegido:

El ser criterio de selección el antecedente quirúrgico, origina en la muestra obtenida una desviación en cuanto a edad y sexo que creemos es debido a las particularidades propias del gastrópata y el momento en que se realizó la primera intervención.

II.- CRITICA A LA METODICA:

Pensamos que el mayor defecto es el haber realizado el estudio de forma retrospectiva, sin esquema previo, lo que naturalmente origina alguna deficiencia, pues no todos los enfermos han sido explorados y revisados de forma semejante.

Este hecho si bien es inevitable, se ha superado parcialmente por pertenecer más del 90% de estos enfermos al mismo Servicio, en el cual los hemos estudiado de forma personal, lo que naturalmente aporta una unidad de criterio, influído exclusivamente por las variaciones lógicas debidas al aprendizaje y experiencia progresivos.

La particularidad ya explicada del gran número de sangrantes y el haber separados dos grupos de metódica de estudios, creemos debe valorarse por el hecho de que en el primer grupo se careció de estudio radiológico previo, lo que sin duda puede influir en un mayor resultado negativo, al igual que las dificultades propias del enfermo sangrante, hacen que la endoscopia em estos casos sea menos fidedigna.

A.- PATOLOGIA FUNCIONAL DEL ESTOMAGO OPERADO.

(Síndrome de Dumping).-

Este capítulo de la patología funcional del estómago operado, ocupa un lugar no muy importante en nuestra casuística aunque sí significativo, en tanto en cuanto constituye un grupo de enfermos de dificil evaluación y encajamiento diagnóstico que siguen un peregrinage por los servicios hospitalarios, dada la negatividad de los estudios -- practicados y escasos resultados en las terapeúticas instauradas.

El tratar de delimitar las fronteras de este grupo de enfermos es hartamente dificil, dado que el asentar los criterios en los que hemos de basar el diagnóstico,muchas veces es imposible, - máxime si éstos son evaluados por distintos médicos, dada la carencia de objetividad.

En nuestra revisión hemos intentado eliminar al máximo la subjetividad, basándonos en los datos clínicos de historias y delimitar dentro de lo posible este grupo de enfermos. Esquemáticamente podriamos diferenciar varios síndromes dentro de esta miscelánea, tales como el llamado "Síndrome postgastrectomía, Dumping, asa aferente, asa - ciega...".

En cuanto al síndrome postgastrectomía consideramos de una forma personal, es un diagnóstico de recuerso sin ninguna base clínica ni objetiva para sentar el mismo, constituyendo una "Etiqueta" utilizada cuando el enfermo no nos sugiere patologia alguna desde ningún punto de vista. Realmente, creemos que el síndrome postgastrectomía, si hacemos una valoración conceptual etimológica, es toda molestia que pueda presentar el enfermo al que se le haya resecado el estómago, lo cual significa que carece totalmente de entidad y base clínica-científica, por lo que lo hemos eliminado de nuestro estudio. La realidad es que de esos 83 enfermos que en nuestra revisión damos como negativos, muchos presentaban el diagnóstico final del referido síndrome, en los cuales era más evidente la polisintomatología propia del enfermo distónico que la propiamente digestiva.

El apartado de síndrome de asa aferente y síndrome de asa ciega, malabsorcuón y esteatorrea no se incluyen en esta Tesis por no haber tenido ningún caso del mismo.

En consecuencia, los únicos casos en los - que hemos encontrado hechos clínicos evidentes -- que permitan de una forma incuestionable su definición y diagnóstico, han sido el grupo de enfermos con síndrome de Dumping, en los que consideramos agrupados sin verificar diferencias, sobre el Dumping precoz y el tardío, dado que estas características tienen bases clínicas y no endoscópicas que es como sabemos el propósito de este estudio, si bien en ellos hubo un predominio de la modalidad de síndrome de Dumping precoz solitario.

El número total de enfermos diagnosticados con este síndrome fue de 15, que siguiendo la regla de los operados gástricos, presentan un gran predominio de los varones sobre las hembras (Cuadro nº 19).

La edad de nuestros enfermos fue en su mayoría los incluídos en la 4ª década, siendo la -- causa que motivó su intervención como es habitual la úlcera duodenal, haciendo mención especial a - dos casos intervenidos por cáncer a los que se -- les practicó gastrectomía total (Cuadro nº 20-21)

CUADRO 19

S E X O

	Nº	% EST. OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% DUMPING (15)
VARONES	14	4,37	5,90	93,33
HEMBRAS	1	0,31	0,42	6,66

CUADRO 20

E D A D

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% DUMPING (15)
. 20 - 30 años	1	0,31	0,42	6,66
. 30 - 40 "	3	0,93	1,26	20,00
. 40 - 50 "	6	1,87	2,53	40,00
. 50 - 60 "	3	0,93	1,26	20,00
. 60 - 70 "	2	0,62	0,84	13,33

CUADRO 21

CAUSA DE OPERACION

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	EST.OPERADOS CON PAT.ENDOSC. + (237)	% DUMPING (15)
CANCER DE ESTOMAGO	2	0,62	o,84	13,33
ULCUS DUODENAL	8	2,50	3,37	53,33
ULCUS GASTRICO	3	0,93	1,26	20,00
DESCONOCIDA	2	0,62	0,84	13,33

El tipo de intervención practicada vemos - que existe un gran predominio en los tratados mediante Bilrroth-II (Cuadro nº 22).

Los años que hacían que se les practicó la laparotomía fue de una incidencia muy alta dentro del primer quinquenio, si bien tenemos que hacer la salvedad que todos ellos presentaban molestias desde que se operaron, siendo distinta la fecha relativa en que fueron vistos en nuestro Servicio. (Cuadro nº 23).

La clínica que presentaban estos enfermos constituyó el pilar básico del diagnóstico y estaba representada fundamentalmente por crisis postprandiales de mareos y sudoración, ocasionalmente nauseas y una incidencia menor de despeños diarreicos, vómitos, molestias dispépticas, etc. (- Cuadro nº 24).

El 100% de los enfermos mostraban la característica que consideramos fundamental y primordial de que sus molestias sufrían un marcado alivio con el decúbito, llegando incluso a desaparecer con el mismo.

CUADRO 22

TIPO DE INTERVENCION

	Nº	% EST. OPERADOS (320)	% EST. OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% DUMPIN (15)
RESECCION TOTAL	2	0,62	0,84	13,33
BILRROTH - I	5	1,56	2,10	33,33
BILRROTH - II	7	2,18	2,95	46,66
VAGOTOMIA	1	0,31	0,42	6,66

CUADRO 23

TIEMPO DE INTERVENCION

	Nº	% EST. OPERADOS (320)	% EST. OPERADO CON PAT. ENDOSC. + (237)	% DUMPIN (15)
DE 0 - 5 años	11	3,43	4,64	73,33
DE 5 - 10 "	4	1,25	1,68	26,66

CUADRO 24

C L I N I C A

Nº ENFERMOS CON SINDROME DE DUMPING:

	Nº	%
	15	100,00
. MAREOS	15	100,00
. SUDORACION	13	86,66
. NAUSEAS	12	80,00
. NEUROSIS	8	53,33
. DIARREAS	7	46,66

El intervalo de aparición de los síntomas con respecto a las comidas, fue menor de 30' en casi la totalidad de los enfermos con dos casos en que éstos comenzaban pasada media hora de la ingesta (Cuadro nº 25).

La aparición del síndrome surgió en todos los enfermos en el postoperatorio (Cuadro nº 26).

Los estudios analíticos practicados han sido en su mayoría negativos, detectando tan sólo en un enfermo una discreta hipoglucemia de 0.70 mgrs% (Cuadro nº 27).

La radiología nos aporta un porcentaje de diagnóstico negativos en el 75% de los casos, siendo el restos de los enfermos portadores de alteraciones morfológicas inespecíficas entre las que destacamos: la presencia de pliegues yeyunales edematoso, tránsito acelerado tanto en lo referente al tiempo de evacuación del muñón como a su paso por las asas yeyunales proximales, y aumento del calibre duodeno-yeyunal en algunos casos. En un enfermo se objetivó una imagen sugestiva de nicho que posteriormente se confirmó en endoscopia (Cuadro nº 28).

CUADRO 25

INTERVALO CON LAS COMIDAS

Nº ENFERMOS CON SINDROME DE DUMPING:

	Nº	%
	15	100,00
. 0 - 30 MTS.	13	86,66
. MAS DE 30 MTS.	2	13,33

CUADRO 26

T I E M P O D E E V O L U C I O N

Nº ENFERMOS CON SINDROME DE DUMPING:

	Nº	%
	15	100,00
DESDE LA OPERACION	15	100,00

CUADRO 27

D A T O S D E L A B O R A T O R I O

Nº ENFERMOS CON SINDROME DE DUMPING:

	Nº	%
	15	100,00
NULOS	14	93,33
HIPOGLUCEMIA	1	6,66

CUADRO 28

R A D I O L O G I A

Nº ENFERMOS CON SINDROME DE DUMPING:

	Nº	%
	15	100,00
. NEGATIVO	10	66,66
. PLIEGUES EDEMATOSOS	4	26,66
. TRANSITO ACELERADO	3	20,00
. DILATACION YEYUNO	2	13,33
. DILATACION DUODENO	1	6,66
. NICHO	1	6,66

Respecto a la endoscopia hemos encontrado que fue negativa en la totalidad de los enfermos, si bien algunos presentaban lesiones concomitantes en una primera endoscopia que llegaron a desaparecer en sucesivas revisiones, pese a lo cual persistían las molestias propias del Dumping.

En este aspecto, tan sólo seguían siendo objetivables un caso con hilo de sutura pero que como es comprensible, no justificaba en absoluto la sintomatología referida. (Cuadro nº 29).

El tratamiento a que fueron sometidos queda especificado en el cuadro nº 30, a base fundamentalmente de reposo postprandial y como medicación la asociación de sedantes y fermentos.

En ellos los resultados obtenidos fueron relativamente buenos en una 3ª parte y nulos en 6 enfermos, de los cuales, dada la incapacidad que le procuraban sus molestias, se hizo indicación operatoria con vistas a una reconversión en 2 enfermos.

Desconocemos la evolución en 4 casos, dado que no audieron a revisión (Cuadro nº 31).

CUADRO 29

E N D O S C O P I A

Nº ENFERMOS CON SINDROME DE DUMPING:

	Nº	%
	15	100,00
ENDOSCOPIA NEGATIVA	15	100,00
LESIONES CONCOMITANTES	9	60,00
. ESTOMITIS	3	20,00
. ULCUS DE B. A.	2	13,33
. HILOS DE SUTURA	4	26,66

CUADRO 30

T R A T A M I E N T O

Nº ENFERMOS CON SINDROME DE DUMPING:

	Nº	%
	15	100,00
REPOSO POSTPRANDIAL	15	100,00
SEDANTES	15	100,00
FERMENTOS	15	100,00
QUIRURGICO	2	13,33

CUADRO 31

R E S U L T A D O S T E R A P E U T I C O S

Nº ENFERMOS CON SINDROME DE DUMPING:

	Nº	%
	15	100,00
BUENOS	5	33,33
MALOS	6	40,00
DESCONOCIDOS	4	26,66

B.- HILOS DE SUTURA

En nuestra casuística hemos detectado un - total de 35 enfermos portadores de hilos de sutura visibles, de los que con respecto al sexo (Cuadro nº 32), corre paralelo al de todos los enfermos intervenidos gástricos y con un máximo índice de edades localizados en la 4ª y 5ª década (Cuadro nº 33).

La .causa que motivó la intervención es -- muy semejante a la que venimos observando en este estudio, con un mayor predominio de la úlcera duodenal pero con menos preferencia de la misma con respecto a la gástrica (Cuadro nº 34).

La intervención practicada fue en su mayoría el Bilrroth-I. (Cuadro nº 35).

CUADRO 32

S E X O

	Nº	% EST. OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PATO. ENDOSC. + (237)	% HILOS SUTURA (35)
VARONES	25	7,81	10,54	71,42
HEMBRAS	10	3,12	4,21	28,57

CUADRO 33

E D A D

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% HILOS SUT (35)
. 20 - 30 años	2	0,62	0,84	5,71
. 30 - 40 "	5	1,56	2,10	14,28
. 40 - 50 "	9	2,81	3,79	25,71
. 50 - 60 "	11	3,43	4,64	31,42
. 60 - 70 "	5	1,56	2,10	14,28
. Más de 70 "	3	0,93	1,26	8,57

CUADRO 34

C A U S A D E I N T E R V E N C I O N

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% HILOS SUTUI (35)
ULCERA GASTRICA	13	4,06	5,48	37,14
ULCERA DUODENAL	15	4,68	6,32	42,85
CANCER DE MUÑON	2	0,62	0,84	5,71
DESCONOCIDA	5	1,56	2,10	14,28

CUADRO 35

TIPO DE INTERVENCION

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% HILOS SUTUI (35)
BILRROTH - I	20	6,25	8,43	57,14
BILRROTH - II	9	2,81	3,79	25,71
VAGOTOMIA + PILOROP.	3	0,93	1,26	8,57
VAGOTOMIA + GASTRO.	3	0,93	1,26	8,57

El tiempo que hacía de la intervención quirúrgica es un factor valorable dado que casi en - 75% de los mismos habían sido operados en los últimos 5 años, con poca incidencia en el siguiente quinquenio y sin ningún caso que superara los 10 años (Cuadro nº 36).

Las manifestaciones clínicas de esta entidad, como ya decíamos anteriormente son muy discutidas. De forma personal creemos puede imputársele significación clínica en los casos en que se - visualiza necrosis de la base, puesto que son en realidad verdaderas úlceras. El resto, creemos no puede atribuírsele responsabilidad en las molestias.

En nuestros enfermos eran muy pocos los que presentaban síndrome ulceroso, repartiéndose el - resto con un predominio de problemas dispépticos (Cuadro nº 37).

La exploración radiológica fue negativa en todos ellos.

CUADRO 36

T I E M P O D E I N T E R V E N C I O N

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PATO. ENDOSC. + (237)	% HILOS SUTURA (35)
De 0 - 5 años	27	8,43	11,39	77,14
De 5 - 10 "	8	2,50	3,37	22,85
De 10 - 20 "	0	---	---	----

CUADRO 37

C L I N I C A

Nº ENFERMOS CON HILOS DE SUTURA:

	Nº	%
	35	100,00
DISPEPSIA	19	54,28
NEGATIVO	7	20,00
ULCEROSA	5	14,28
DOLOR NO ULCEROSO	6	17,14
HEMATEMESIS	2	5,71
PIROSIS	3	8,57

Las alteraciones endoscópicas vienen dadas por la presencia de los espárragos referidos, mucho más frecuente múltiples, con una gran incidencia de fenómenos necróticos en la base de implantación e incluso en casos eran ostensibles signos de hemostasia reciente, lo que nos indicaba el haber provocado alguna hemorragia. Vemos asimismo - algun caso con granulomas alrededor del hilo (Cuadro nº 38). (Fotos nº 58 - 59 - 60)

Muchos enfermos presentaron lesiones endoscópicas concomitantes, quedándonos siempre la duda de si las molestias eran causadas por éstas o por los referidos hilos (Cuadro nº 39).

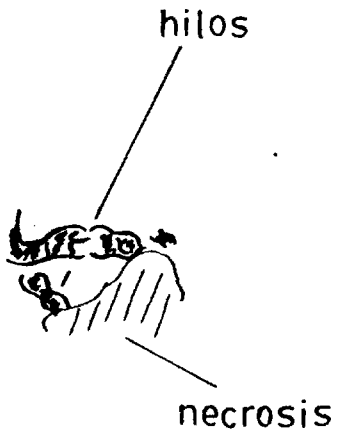
Respecto al tratamiento, tan sólo hemos -- extraído dos casos mediante las pinzas de biopsia y no haciendo otra cosa que arrancarlos de su base de implantación con una maniobra suave. En el resto, hemos desistido por la fuerte implantación del hilo.

CUADRO 38

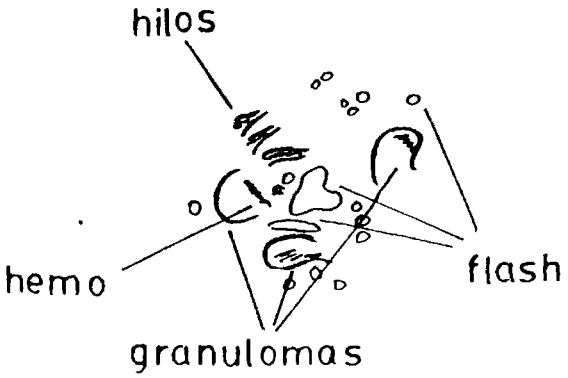
E N D O S C O P I A

Nº ENFERMOS CON HILOS DE SUTURA:

	Nº	%
	35	100,00
ESPARRAGO UNICO	11	31,42
ESPARRAGO MULTIPLE	24	68,57
FIBRINA EN BASE	25	71,42
GRANULOMA	6	17,14
HEMO EN BASE	3	8,57



HILOS DE SUTURA



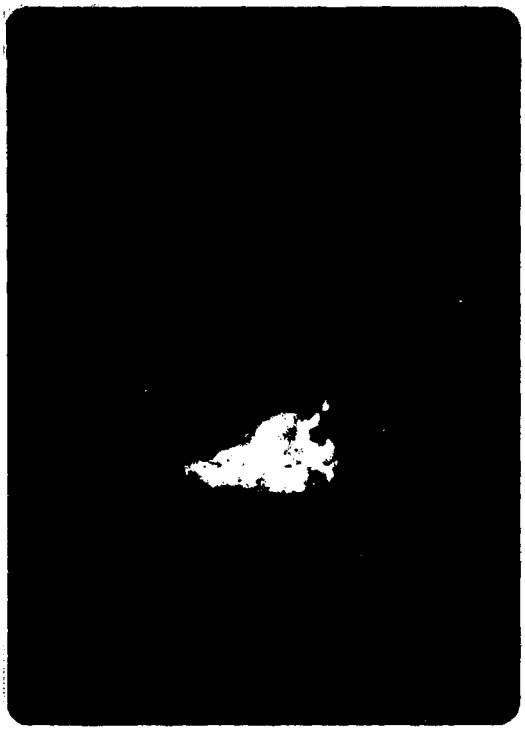


FOTO 58 : Hilo de sutura múltiple con necrosis en base.

FOTO 59 : Hilo de sutura con granuloma y signos de hemorragia

HILOS DE SUTURA

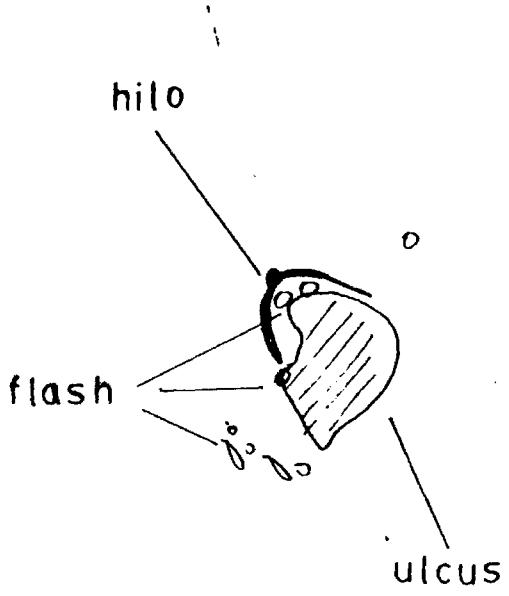


FOTO 60 : Hilo de sutura único con ulcus de boca anastomótica.

CUADRO 39

L E S I O N E S C O N C O M I T A N T E S

Nº ENFERMOS CON HILOS DE SUTURA:

	Nº	%
	35	100,00
DUMPING	4	11,42
REFLUJO GASTRO-ESOF.	2	5,71
HERNIA HIATAL	1	2,85
GASTRITIS	18	51,42
POLIPOS	3	8,57
ULCERAS DE B.A.	3	8,57

C.- CANCER DE MUÑON GASTRICO

Hemos incluído en esta Tesis 22 casos de - cancer de boca anastómótica sobre un total de 320 enfermos operados de estómago con patología endoscópica positiva, teniendo que cumplir para poderlos encajar en este diagnóstico, las premisas -- aceptadas por los distintos autores de:

a) Intervalo de la operación de 5 años como mínimo.

b) Haber sido intervenidos por un problema benigno.

No hemos seguido el criterio topográfico de que la lesión crezca lejos de la anastómosis(106).

Estos 22 casos, representan un porcentaje - del 6.72, superior al del cancer de estómago en general (Cuadro nº 40).

CUADRO 40

	Nº	% TOTAL	% DIGESTIVAS	% OPERADOS
HISTORIAS REVISADAS	25.631	100,00		
HISTORIAS DIGESTIVAS	5.822	22,71	100,00	
CANCER DE ESTOMAGO	176	0,68	3,02	
HISTORIAS GASTRECT.	327	1,27	5,61	100,00
CA. BOCA ANASTOMT.	22	0,08	0,37	6,72

La edad de este grupo oscila de los 40 a - los 80 años, con una mayor frecuencia en la 6ª década, hecho que coincide con la incidencia del -- cáncer gástrico, con ligera desviación ascendente, teniendo en cuenta la importancia determinante -- del periodo de tiempo transcurrido desde la intervención, puesto que la mayoría de ellos se operaron después de los 40 años (Cuadro nº 41).

El sexo tampoco difiere de los que encontramos en el cáncer gástrico con un predominio - del masculino, hecho que no es de extrañar por la mayor incidencia que sobre el varón presenta la - úlcera gastroduodenal (Cuadro nº 42).

La profesión está en dependencia del medio económico social en el que nos desenvolvemos, con un predominio de agricultores. (Cuadro nº 43).

CUADRO 40

	Nº	% TOTAL	% DIGESTIVAS	% OPERADOS
HISTORIAS REVISADAS	25.631	100,00		
HISTORIAS DIGESTIVAS	5.822	22,71	100,00	
CANCER DE ESTOMAGO	176	0,68	3,02	
HISTORIAS GASTRECT.	327	1,27	5,61	100,00
CA. BOCA ANASTOMT.	22	0,08	0,37	6,72

CUADRO 42

S E X O

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% CANCER B.A. (22)
VARON	19	5,93	8,01	86,36
HEMBRA	3	0,93	1,26	13,63

CUADRO 43

P R O F E S I O N

ENFERMOS con CANCER DE B.A.

	Nº	%
	22	100,00
LABRADORES	9	40,90
OBRERO INDUSTRIAL	6	27,27
COMERCIANTES	2	9,09
ADMINISTRATIVOS	2	9,09
SUS LABORES	3	13,63

Los antecedentes tanto familiares como personales, no creemos tengan significación especial a no ser que resaltemos la gran proporción del hábito tabáquico y el 30% de problemas cancerosos - digestivos en familiares directos (Cuadro nº 44).

El motivo de la intervención quirúrgica en nuestros enfermos fue en su mayoría por úlcera -- duodenal, siendo la causa de la indicación operatoria los accidentes hemorrágicos en el 45%, re-- partiéndose el resto de las complicaciones ulcerosas las demás indicaciones (Cuadro nº 45).

El tipo de intervención creemos es un criterio valorable, con un 77% de incidencia en los que presentaban un Bilrroth-II. Este hecho es destacado en numerosas revisiones (106-108-110-112-- 119), si bien algunos autores no encuentran diferencia. En nuestra casuística no hemos detect-ado ningún caso con vagotomía y drenaje (Cuadro nº 46)

CUADRO 44

A N T E C E D E N T E S

Nº ENFERMOS con CANCER DE B.A.

	Nº	%
	22	100,00
ANTECEDENTES FAMILIARES:		
. Ca. digestivo en familiares directos	6	27,27
. Ca. de otra localización	4	18,18
. Ulcera	5	22,72
. Sin interes	7	31,81
ANTECEDENTES PERSONALES:		
. Fumadores	15	68,18
. Bebedores	2	9,09
. Estenosis esofagica - caustica	1	4,54
. Apendicectomia	2	9,09
. Sin interes	2	9,09

CUADRO 45

C A U S A D E I N T E R V E N C I O N

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC.+ (237)	% CA. B.A. (22)	% ENF.OPERADOS POR ULCERAS
ULCERA GASTRICA	4	1,25	1,68	18,18	6,06 (66=100%
ULCERA DUODENAL	13	4,06	5,48	59,09	11,92(109=100%
SIN LOCALIZACION	5	1,56	2,10	22,72	10,00(50=100%)

CUADRO 46

TIPO DE INTERVENCION

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT.ENDOSC. + (237)	% CA.B.A. (22)	% OPERACIONE REALIZADAS
BILRROTH - I	3	0,93	1,26	13,63	3,26(92=100%
BILRROTH - II	17	5,31	7,17	77,27	13,49(126=10 ,
GASTROYEYUNOSTOMIA	2	0,62	0,84	9,09	18,18(11=100%

La evolución postoperatoria de estos enfermos fué asintomática en más del 90%, con un periodo libre de molestias superior a los 20 años en más del 81%.

CUADRO 47

TIEMPO DE INTERVENCION

	Nº	%
5 años	1	4,54
10 - 15 años	1	4,54
15 - 20 años	2	9,09
20 - 25 años	18	81,81

El comienzo de las molestias es de varios meses (111), no sobrepasando en nuestro estudio - en ningún caso el año. (Cuadro nº 48).

La clínica de este grupo es la típica de - los procesos malignos con un 100% de la clásica - triada: astenia, anorexia y pérdida de peso. En - orden decreciente le sigue la sensación dolorosa que en nada se parece a la ulcerosa y que suele - aumentar con la ingesta, así como saciedad y plenitud postprandial. Llama la atención la gran frecuencia de accidentes hemorrágicos, si bien, salvo en dos enfermos, no fueron de cuantía importante que necesitaran medidas especiales (Cuadro 49)

La exploración física detecta la semiología habitual de los síndromes neoplásicos con un 90% de desnutrición y casi el 50% con hepatomegalia - palpables, atribuible lógicamente a metástasis hepáticas (Cuadro nº 50).

CUADRO 48

TIEMPO DE MOLESTIAS

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS Y PAT. ENDOSC. ± (237)	% CANCER B.A (22)
. 1 MES	3	0,93	1,26	13,63
. 3 MESES	6	1,87	2,53	27,27
. 4 - 6 MESES	11	3,42	4,64	50,00
. 10 MESES	2	0,62	0,84	9,09

CUADRO 49 C L I N I C A

Nº ENFERMOS DE CA. B.A.	22	100,00
ANOREXIA	22	100,00
PERDIDA DE PESO	22	100,00
ASTENIA	22	100,00
DOLOR INESPECIFICO	14	63,63
DISPEPSIA	8	36,36
MELENAS	8	36,36
HEMATEMESIS	7	31,81
VOMITOS	8	36,36
REPUGNANCIA ALIMENTICIA	4	18,18
ARDOR	1	4,54
DISFAGIA	3	13,63
HIPO	4	18,18
DIARREA	1	4,54
DISNEA	2	9,09

CUADRO 50

E X P L O R A C I O N F I S I C A

ENFERMOS CON CANCER DE B.A.:

	Nº	%
	22	100,00
DESNUTRICCION	20	90,90
ADENOPATIAS	15	68,18
DERRAME PLEURAL	3	13,63
TUMORACION EPIGASTRICA	7	31,81
HEPATOMEGALIA	10	45,45
EDEMAS PERIFERICOS	1	4,54
ASCITIS	1	4,54

Las determinaciones analíticas aportan los datos derivados de la enfermedad cancerosa con -- frecuente síndrome anémico, aumento de la eritrosedimentación, alteración de las transaminasas -- con predominio de la GOT y de la Electroforesis.

En los estudios radiológicos hemos obtenido un 63% de positividad o al menos de sospecha, con imágenes de defectos de repleción junto a -- ulceraciones irregulares, zonas de rigidez, etc.. (Cuadro nº 51). (Fotos nº 61-62-63)

FOTO 61 : Estudio radiologico de un ca. de muñón gástrico

FOTOS 62-63 : Aspectos radiológicos de un cancer de muñón gástrico.

CUADRO 51

R A D I O L O G I A

ENFERMOS CON CANCER DE B. A.

	Nº	%
	22	100,00
POSITIVA	14	63,63
Rigidez de curvaduras	3	13,63
Defectos de repleccion	10	45,45
Nicho ulceroso	2	9,09
Estenosis cardial	3	13,63
NEGATIVA	8	36,36

La utilización de la endoscopia ha contribuído y constituído el método diagnóstico idóneo para este tipo de enfermos, superando con mucho a la utilidad de la radiología, incluso con más diferencia que en el estómago íntegro. Los porcentajes de la literatura oscilan desde un 81% (169) - hasta el 100% (130) habiendo sido en nuestra experiencia de un 100%, dado que en todos los casos - el diagnóstico fue positivo, excepto en uno que - fue dudoso, siendo confirmado mediante histología.

La semiología endoscópica no difiere de la del cancer de estómago en general, con imágenes - abigarradas en donde predominan y alternan formaciones polipoides tumorales de mucosa nacarada -- con ulceraciones irregulares, zonas de infiltración y rigidez de la pared etc., percibiendo en - la toma de biopsia una falta de flexibilidad de - la mucosa (Cuadro nº 52). (Fotos nº 64-65-66-67-- 68-69-70-71)

CUADRO 52

E N D O S C O P I A

ENFERMOS CON CANCER DE B.A.

	Nº	%
	22	100,00
REALIZADAS	22	100,00
POSITIVAS	21	95,44
Ulcus neoplásico	18	81,81
Tumoraciones	19	86,36
Infiltracion paredes	20	90,90
Corte duro	19	86,36
DUDOSA	1	4,54

CAI DE BOCA ANASTOMOTICA

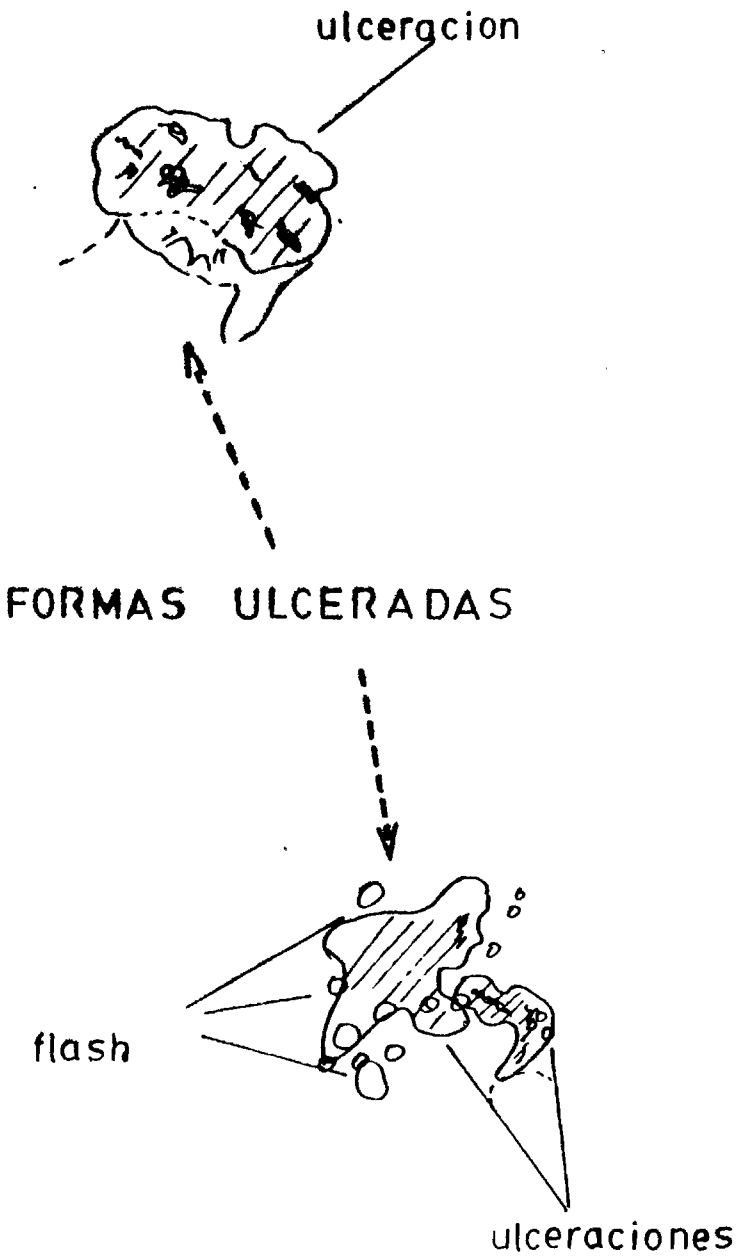
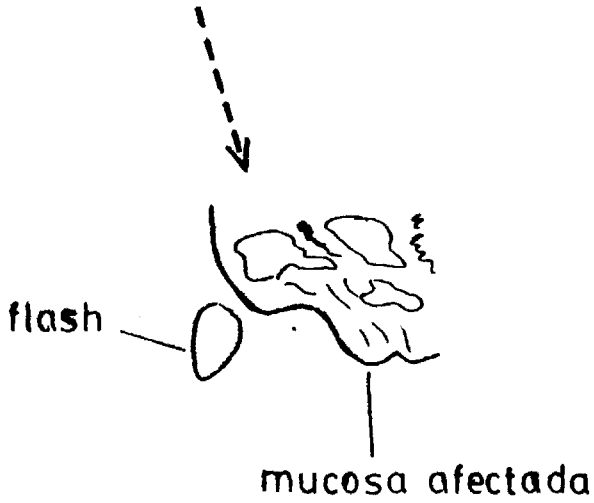


FOTO 64

FOTO 65

FORMA INFILTRANTE



FORMA VEGETANTE

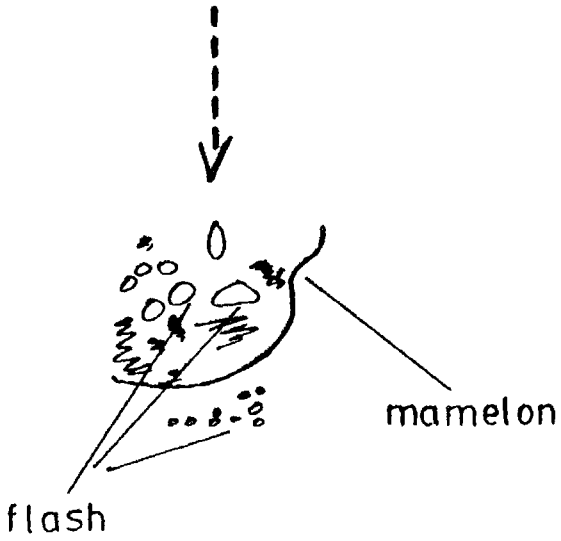
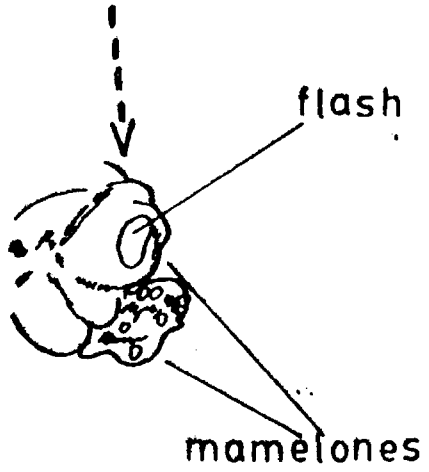


FOTO 66

FOTO 67

FORMA VEGETANTE



FORMAS ABIGARRADAS

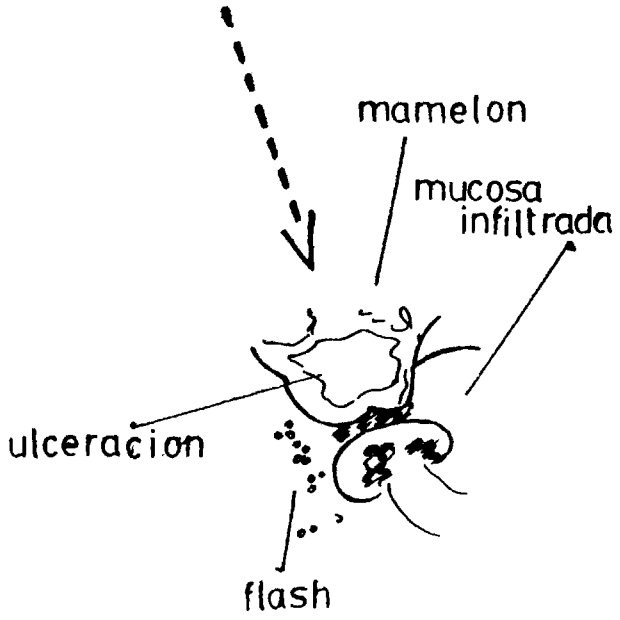


FOTO 68

FOTO 69

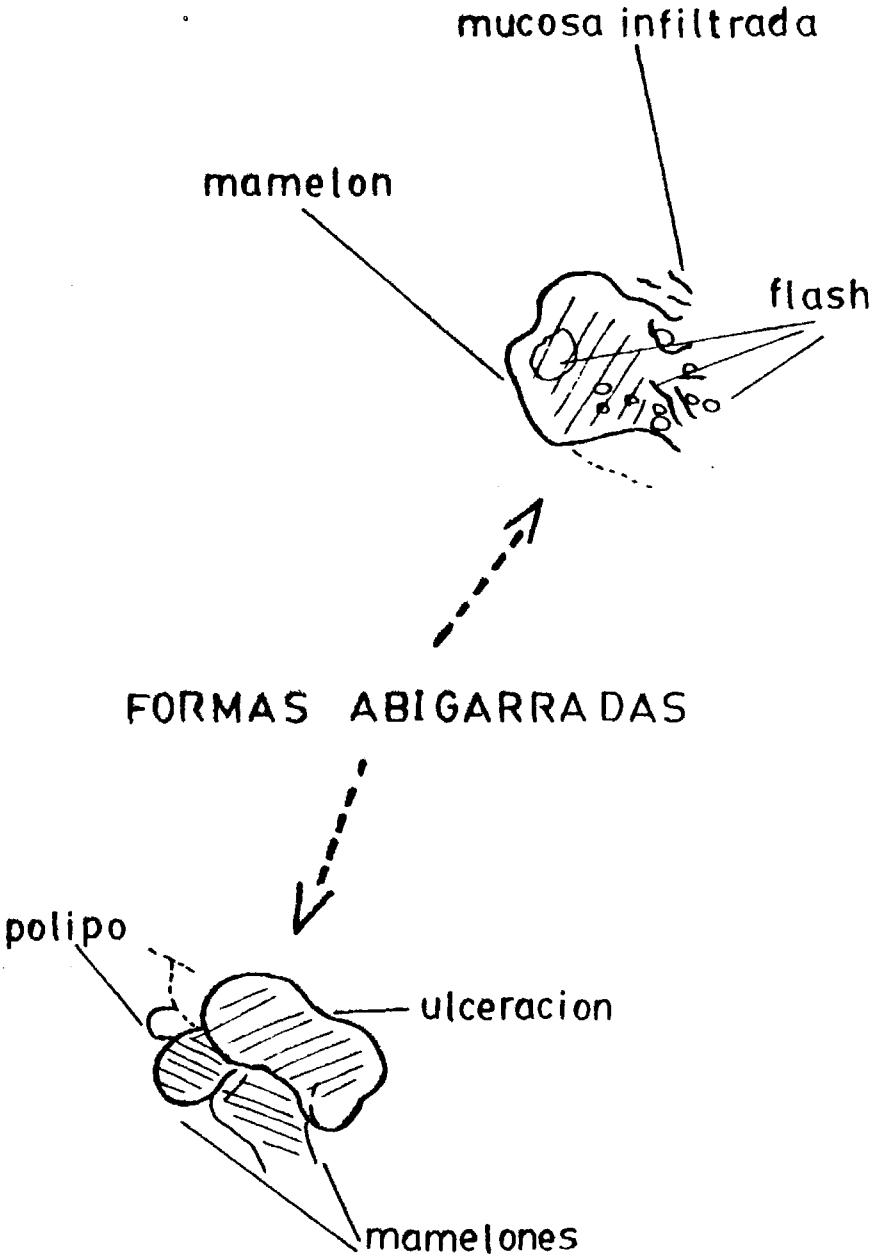

mucosa infiltrada
mamelon
flash
FORMAS ABIGARRADAS
polipo
ulceracion
mamelones

FOTO 70

FOTO 71

La biopsia fue positiva de adenocarcinoma en el 90% de los casos, con dos en los que la toma insuficiente, aportó el diagnóstico de inflamatorio (Cuadro nº 53).(Foto nº 72)

Nuestra actitud terapeútica fue en todos los enfermos la indicación quirúrgica con vistas a la posible resección. Tan sólo en un caso no se aconsejó, por derrame pleural masivo.

De éstos, en 9 paciente no fue aceptada por ellos o los familiares, laparotomizándose sólo a 12 (Cuadro nº 54).

Los resultados de la Cirugía han sido totalmente insatisfactorios, debido a que la mayoría eran irresecables por invasión metastásica. S'ólo se resecó a un enfermo, practicándosele una esófago-yeyunostomía. Todos los paciente fallecieron antes de los 6 meses, excepto este último que aún vive, si bien no puede valorarse por haberse intervenido hace unos meses.

Los enfermos no operados fueron sometidos a tratamiento antiblástico y a terapeútica sintomática. El resultado ha sido nulo en ambos casos.

CUADRO 53

B I O P S I A

Nº ENFERMOS CON CANCER B.A.

	Nº	%
	22	100,00
REALIZADAS	22	100,00
Adenoca.	20	90,90
Inflamatoria	2	9,09

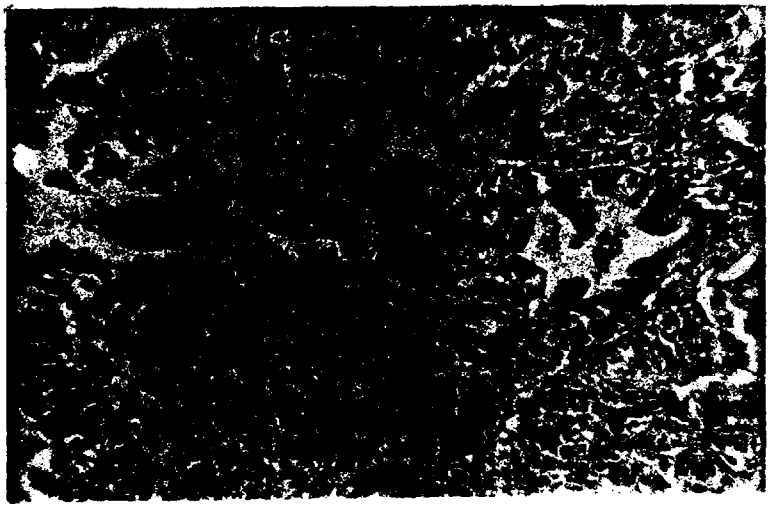


FOTO 72 : CARCINOMA DE BOCA ANASTOMOTICA.

H.E. (220X). Los elementos atípicos con de tipo glandular. El revestimiento de los mismos muestra elementos atípicos con tendencia a formar - papilas que ocupan la luz.

CUADRO 54

T R A T A M I E N T O

ENFERMOS CON CANCER DE B.A.

	Nº	%
	22	100,00
INDICACION OPERATORIA	21	95,45
NO INDICACION OPERATORIA	1	4,54
ENFERMOS OPERADOS	12	54,54
Reseccion total	1	4,54
Irresecables	11	91,66 (12)
ENFERMOS NO OPERADOS	10	45,45
Tto. antiblastico	5	22,72
Tto. sintomático	5	22,72

D.- POLIPOS DE BOCA ANASTOMOTICA

La experiencia obtenida en los estómagos - operados ha sido un total de 8 lesiones polipoides cuya mayor incidencia la encontramos en el sexo - masculino (Cuadro nº 55) y con un reparto de edad donde predomina la 3ª y 6ª década (Cuadro nº 56).

El tipo de intervención realizado presenta un claro predominio en los portadores de Bilrroth -II, lo cual creemos que es un hallazgo totalmente casual, puesto que no existe ninguna relación entre uno y otro hecho (Cuadro nº 57).

La causa que motivó la intervención fue en su mayoría la úlcera duodenal como es habitual en todos los temas que estamos tratando (Cuadro nº - 58).

El tiempo transcurrido desde la interven-- ción a la revisión efectuada, queda reflejado en el Cuadro nº 59.

CUADRO 55

S E X O

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% POLIPOS B.A. (8)
VARONES	7	2,18	2,95	87,50
HEMNBRAS	1	0,31	0,42	12,50

CUADRO 56

E D A D

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% POLIPOS B.A (8)
De 30 - 40 años	3	0,93	1,26	37,50
De 40 - 50 "	1	0,31	0,42	12,50
De 50 - 60 "	1	0,31	0,42	12,50
De 60 - 70 "	3	0,93	1,26	37,50

CUADRO 57

TIPO DE INTERVENCION

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% POLIPOS B.A. (8)
BILRROTH - I	2	0,62	0,84	25,00
BILRROTH - II	5	1,56	2,10	62,50
VAGOTOMIA	1	0,31	0,42	12,50

CUADRO 58

CAUSA DE INTERVENCION

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% POLIPOS B. (8)
ULCERA DUODENAL	5	1,56	2,10	62,50
ULCERA GASTRICA	2	0,62	0,84	25,00
DESCONOCIDA	1	0,31	0,42	12,50

CUADRO 59

TIEMPO DE INTERVENCION

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% POLIPOS B.A. (8)
De 1 - 5 años	3	0,93	1,26	37,50
De 5 - 10 "	3	0,93	1,26	37,50
De 10 - 15 "	2	0,62	0,84	25,00

Las manifestaciones clínicas fueron en todos negativas, atribuyéndose éstas a la lesión acompañante que fue de hecho la que motivó la endoscopia, por lo que deben considerarse hasta cierto punto, hallazgos casuales (Cuadro nº 60). Tan sólo en un caso presentaba un síndrome de tipo maligno, sin objetivarse lesiones de dicha naturaleza.

Las enfermedades concomitantes que presentaban estos pacientes, no aportan un predominio especial salvo la mayor incidencia de estomitis. (Cuadro nº 61).

El estudio radiológico fue negativo en el 100% de los casos (Cuadro nº 62).

CUADRO 60

C L I N I C A

Nº ENFERMOS CON POLIPOS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	8	100,00
SINDROME NEOPLASICO	1	12,50
NEGATIVA	7	87,50

CUADRO 61

L E S I O N E S C O N C O M I T A N T E S

ENFERMOS CON POLIPOS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	8	100,00
ESTOMITIS	5	62,50
ESTENOSIS CARDIAL	1	12,50
ESTENOSIS ESOFAGICA	1	12,50
HERNIA HIATAL	1	12,50

C U A D R O 62

R A D I O L O G I A

ENFERMOS CON POLIPOS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	8	100,00
POSITIVA	0	---
NEGATIVA	8	100,00

La endoscopia fue por supuesto positiva en los 8 casos, mostrando un tamaño predominante de unos 10 a 15 mm. y destacando solamente 1 caso menor de 10 y ninguno mayor de 15 (Cuadro nº 63).

La localización del pólipo fue variable, sin que encontráramos predominio sobre ninguna zona concreta (Cuadro nº 64).

Todos ellos presentaban una morfología sesíl, sin haber detectado ningún caso pediculado y la mucosa que lo recubría no mostraba alteraciones en su superficie (erosiones ni ulceraciones) y con un corte blando y elástico (Cuadro nº 65). (Foto nº 73-74-75)

Las lesiones endoscópicas concomitantes encontradas en estos enfermos se especifican en el Cuadro nº 66.

CUADRO 63

T A M A Ñ O E N D O S C O P I C O

ENFERMOS CON POLIPOS DE BOCA ANASTOMOTICA

	Nº	%
	8	100,00
De 1 - 10 mms.	1	12,50
De 10 - 15 mms.	7	87,50

CUADRO 64

L O C A L I Z A C I O N

ENFERMOS CON POLIPOS DE BOCA ANASTOMOTICA:

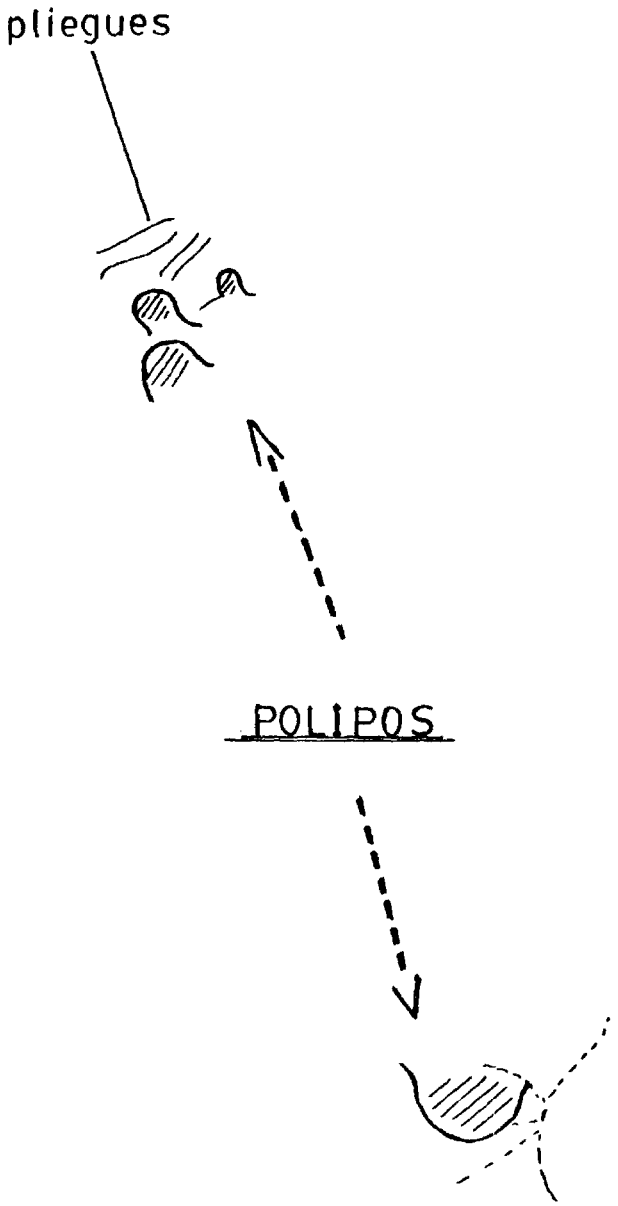
	Nº	%
	8	100,00
ASA EFERENTE	2	25,00
ANASTOMOSIS	3	37,50
MUÑON GASTRICO	2	25,00
CURVADURA MAYOR ANTRO	1	12,50

CUADRO 65

M A C R O S C O P I A

ENFERMOS CON POLIPOS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	8	100,00
SESIL	8	100,00
MUCOSA INTACTA	8	100,00
CORTE BLANDO	8	100,00


pliegues
POLIPOS

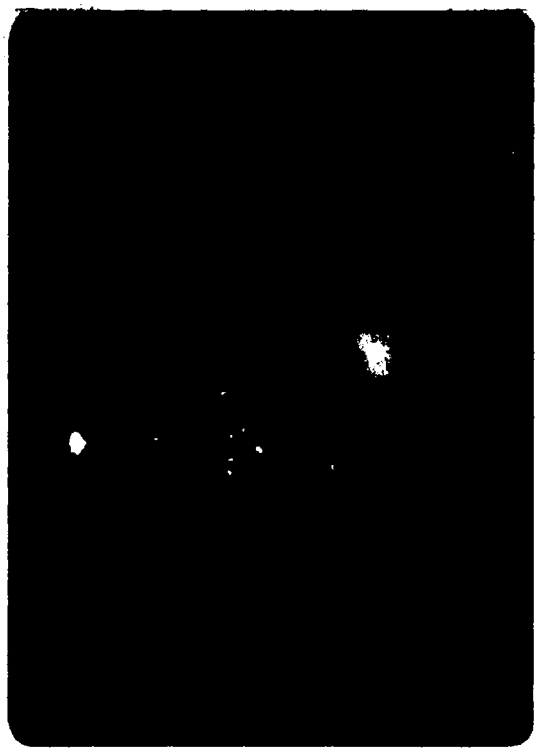


FOTO 73 : Pólipo múltiple de boca anastomótica.

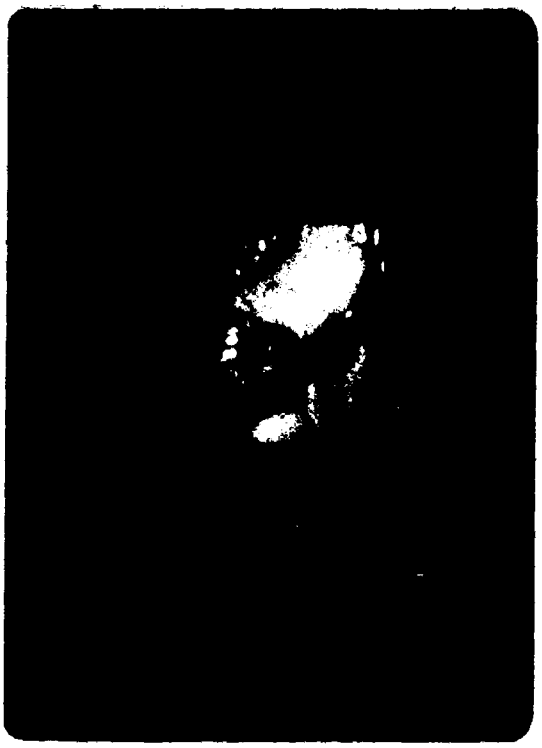


FOTO 74 :

Pólipo único


polipo

FOTO 75 : pólipo único de boca anastomótica.

CUADRO 66

LESIONES ENDOSCOPICAS ACOMPAÑANTES

ENFERMOS CON POLIPOS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	8	100,00
ESTOMITIS	5	62,50
HILOS DE SUTURA	3	37,50
ESTENOSIS ESOFAGICA	1	12,50
HERNIA HIATAL	1	12,50

Se practicó biopsia en todos los casos con resultados de adenoma benigno en 7 y 1 con mucosa normal. (Foto 76)

Se les ha seguido controlando con una frecuencia variable, sin haber encontrado hasta ahora ningún signo de viraje en su naturaleza, por lo que no se ha instaurado tratamiento alguno.

En los 8 casos referidos no se han objetivado lesiones polipoides en otros territorios de la economía.

FOTO 76 : POLIPO HIPERPLASICO . H.E. (25x).

Observese glándulas abundantes debajo del epitelio de revestimiento. El estroma con glándulas dilatadas.

E.- ESTOMITIS

En nuestra experiencia los criterios macroscópicos de selección de enfermos han sido la visualización de una mucosa enrojecida, hiperémica, algo aterciopelada y con pérdida del patron vascular submucoso que macroscópicamente hemos identificado como una gastritis superficial.

La existencia de una mucosa pálida, transparente, de coloración algo grisácea, la hemos denominado gastritis atrófica.

La observación asimismo de una mucosa enrojecida con pliegues hipertróficos, se ha etiquetado de gastritis hipertrófica.

Los casos de gastritis aguda, nos hemos basado para su diagnóstico en la existencia de erosiones agudas, bien cubiertas con signos de hemostasia o constituyendo verdaderas lesiones agudas de mucosa gástrica y/o úlceras agudas.

El número de enfermos diagnosticados de -- gastritis ha sido un total de 60, de los cuales - sus edades no varían en absoluto de las que venimos tratando (Cuadro nº 67) y el predominio del - sexo masculino sigue siendo la tónica (Cuadro nº 68).

Lo mismo podemos decir sobre la causa que motivó su intervención, siendo en su mayoría la - úlcera duodenal (Cuadro nº 69), y los años de presentación de molestias después de la misma, con un predominio en los primeros cinco años y en los -- operados de más de 20 años, lo que indica que dicho criterio no juega ningún papel en la aparición de esta patología (Cuadro nº 70).

Respecto al tipo de intervención que tenían realizado, creemos que es un factor, al menos en nuestra experiencia, a tener en consideración a la hora de sacar conclusiones, dado que hay un predominio en el Bilrroth-II, pudiendo explicarse por la presencia del reflujo pancreático que como se sabe es un factor predisponente en la producción de fenómenos inflamatorios (88)Cuadro nº 71.

CUADRO 67

E D A D

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% est. OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% ESTOMITIS (70)
DE 30 - 40 Años	11	3,43	4,64	15,71
DE 40 - 50 "	20	6,25	8,43	28,57
DE 50 - 60 "	21	6,56	8,86	30,00
DE 60 - 70 "	14	4,37	5,90	20,00
MAS de 70 "	4	1,25	1,68	5,71

CUADRO 68

S E X O

	Nº	% EST. OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% ESTOMITIS (70)
VARONES	61	19,06	8,01	27,14
HEMBRAS	9	2,81	3,79	12,85

CUADRO 69

C A U S A D E L A O P E R A C I O N

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% ESTOMITIS (70)
ULCERA GASTRICA	17	5,31	7,17	24,28
ULCERA DUODENAL	35	10,93	14,76	50,00
CANCER ESTOMAGO	8	2,50	3,37	11,42
DESCONOCIDA	10	3,12	4,21	14,28

CUADRO 70

TIEMPO DE INTERVENCION

		Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% ESTOMITI (70)
MENOS DE 5	AÑOS	34	10,62	14,34	48,57
DE 5 - 10	"	20	6,25	8,43	28,57
DE 10 - 15	"	3	0,93	1,26	4,28
DE 15 - 20	"	0	---	---	---
DE 20 - 30	"	13	4,06	5,48	18,57

CUADRO 71

TIPO DE INTERVENCION

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSCO. + (237)	% ESTOMTIS (70)
BILRROTH - I	19	5,93	8,01	27,14
BILRROTH - II	43	14,43	18,14	61,42
VAGOTOMIA + PILOROPLAS.	4	1,25	1,68	5,71
VOGOTOMIA + GASTROENTE.	3	0,93	1,26	4,28
VAGOTOMIA + ANTRECTO.	1	0,31	0,42	1,42

Las manifestaciones clínicas de estos enfermos fueron dispares, con un predominio manifiesto del síndrome dispéptico en forma de hinchazón, pesadez, estado nauseoso etc. Los enfermos que presentaron síndrome doloroso en su mayoría, no seguían ritmo estacional ni prandial que hiciera recordar al ulceroso, sino que por el contrario aparecía de forma caprichosa y en algunos casos como crisis de tipo cólico .

Los accidentes hemorrágicos no son infrecuentes y están representados por gastritis erosivas agudas. En 3 de los enfermos explorados encontramos clínica sugestiva de Dumping (Cuadro nº 72).

CUADRO 72

C L I N I C A

ENFERMOS CON ESTOMITIS	Nº	%
	70	100,00
ASINTOMATICOS	5	7,14
DOLOR TIPO COLICO	6	8,57
" " ULCEROSO	8	11,42
" NO ULCEROSO	24	34,28
DISPEPSIA	27	38,57
VOMITOS	12	17,14
PIROSIS	2	2,85
HEMORRAGIAS	10	14,28
SINDROME DUMPING	3	4,28
DIARREAS	5	7,14
DESNUTRICION	9	12,85

Los estudios radiológicos fueron como era de esperar, negativos en un porcentaje muy elevado, con escasa incidencia de imágenes en forma de pliegues engrosados y otras dudosas, con aparición de pseudonichos, pequeños defectos de repleción, etc... que posteriormente no se confirmaron con el estudio endoscópico. (Cuadro nº 73).

El tiempo en el cual aparecían las molestias fue en su mayoría desde el momento de la intervención, siguiendo en frecuencia aquellos que presentaban molestias de corta evolución, habiendo tenido un tiempo silente prolongado (Cuadro nº 74).

CUADRO 73

R A D I O L O G I A

ENFERMOS CON ESTOMITIS	Nº	%
	70	100,00
POSITIVA (Pliegues engrosados)	4	5,71
DUDOSA (Pseudonicho, defectos repleción)	8	11,42
NEGATIVA	58	82,85

CUADRO 74

T I E M P O D E M O L E S T I A S

ENFERMOS CON ESTOMITIS	Nº	%
	70	100,00
MENOS DE 1 MES	22	31,42
De 1 - 12 MESES	11	15,71
MAS DE 1 AÑO	5	7,14
DESDE LA OPERACION	32	45,71

Los hallazgos endoscópicos fueron sugestivos de estomitis en todos ellos, en los que sólo en 5 casos el diagnóstico se daba con interrogación. En ellos, los signos encontrados en su mayoría derivan de la inflamación superficial de la mucosa manifestada por hiperemia de la misma, bien por erosiones superficiales o combinación de ambos hechos. En otras ocasiones las alteraciones del color no son difusas, sino en forma irregular como si de un enantema se tratara. El aspecto atrófico de la mucosa lo hemos apreciado en escasas ocasiones, al igual que la incidencia de signos sugestivos de gastritis hipertrófica. Se han detectado 11 casos de lesión aguda de mucosa gástrica (L.A.M.G.), todos ellos en enfermos sangrantes y en 7 ocasiones hemos visto granulomas de boca, generalmente por cuerpos extraños (hilos de sutura). (Cuadro nº 75).(Fotos del nº 77-92, ambas incluidas).

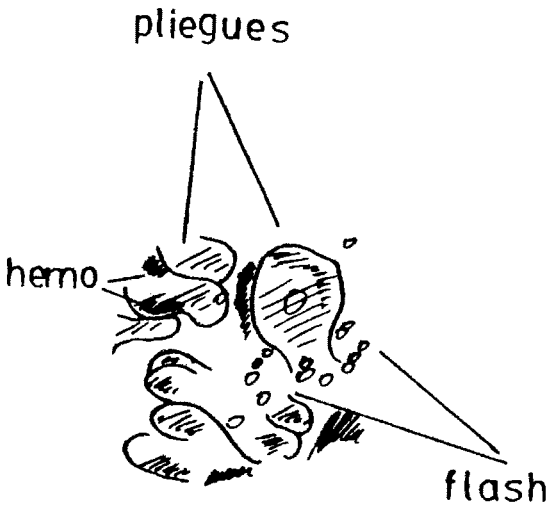
La extensión de las lesiones fue difusa en su mayoría, y en las localizadas existe un predominio a nivel de la anastómosis (Cuadro nº 76). (Fotos nº 93-94-95)

CUADRO 75

E N D O S C O P I A

ENFERMOS CON ESTOMITIS:	Nº	%
	70	100,00
PLIEGUES HIPERTROFICOS	6	8,57
ATROFIA	11	15,71
HIPEREMIA	57	81,42
ERITEMA PUNTIFORME O GEOGRAFICO	24	34,28
EROSIONES SUPERFICIALES	26	37,14
L.A.M.G.	11	15,71
GRANULOMAS DE B.A.	7	10,00

ESTOMITIS



E. HIPERTROFICA

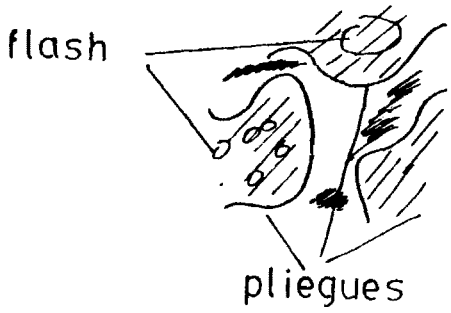
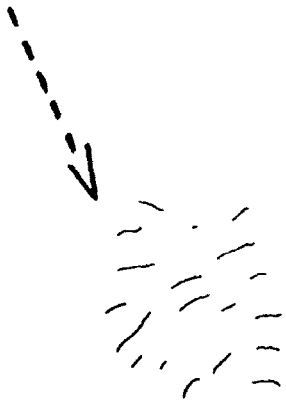


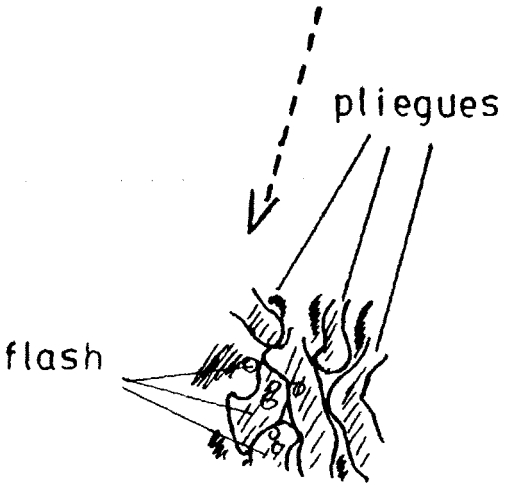
FOTO 77 : Estomitis hipertrófica con pliegues muy engrosados.

FOTO 78 : Estomitis hipertrófica.

E. ATROFICA



MUCOSA HIPEREMICA



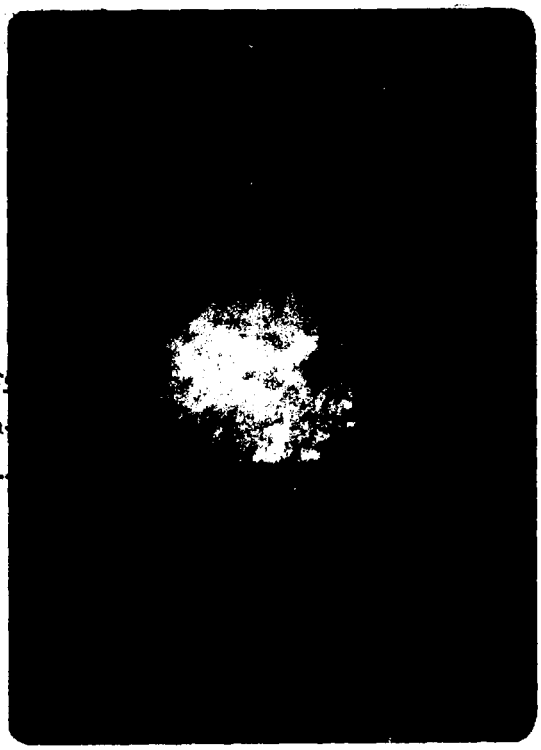


FOTO 79 : Estomitis atrófica con desaparición de los pliegues

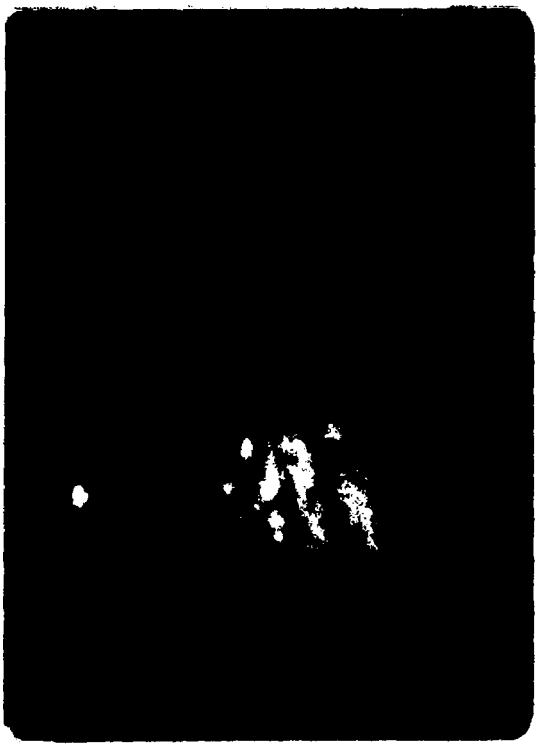


FOTO 80 : Estomitis con hiperemia mucosa.

FOTO 81 : Estomitis con hiperemia mucosa y úlcera superficial con un coagulo.

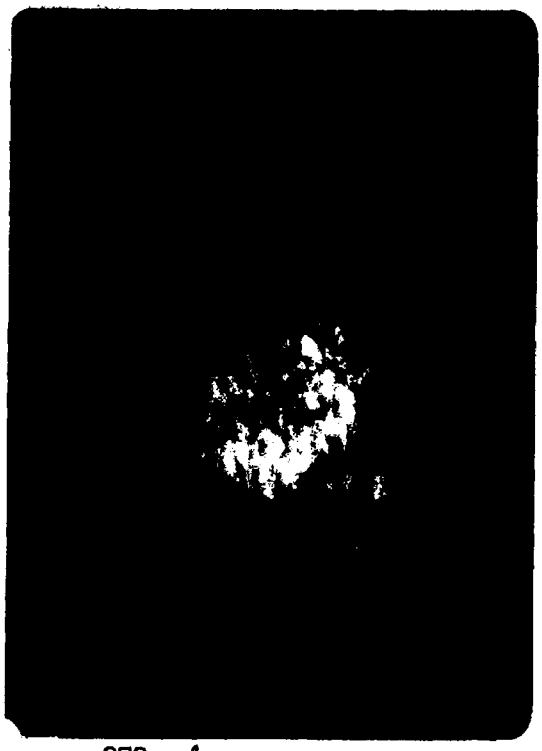
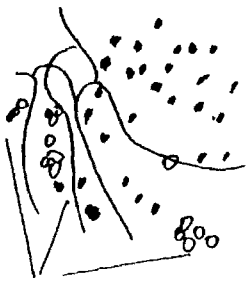


FOTO 82 : Estomitis.

ESTOMITIS

eritema puntiforme

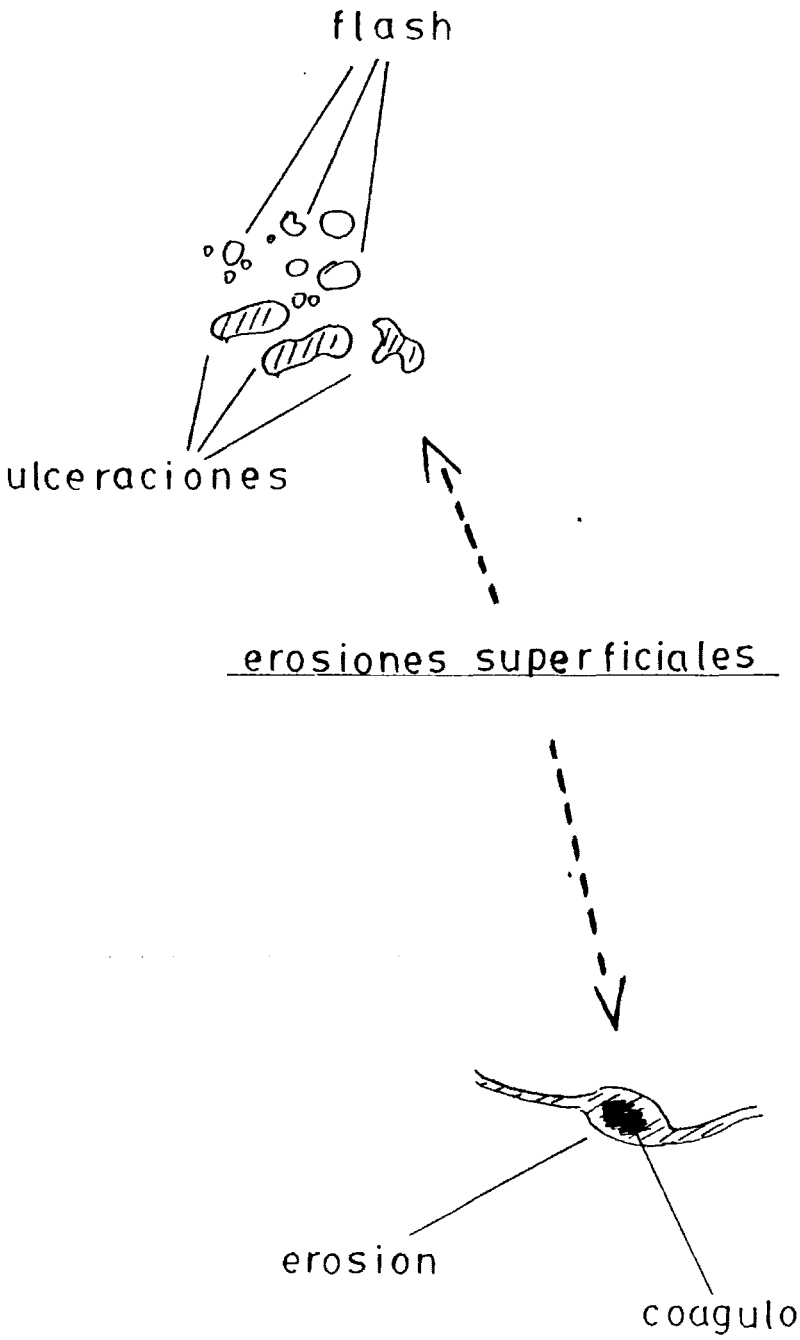


flash

FOTO 83

FOTO 84

ESTOMITIS


flash
ulceraciones
erosiones superficiales
erosion
coagulo

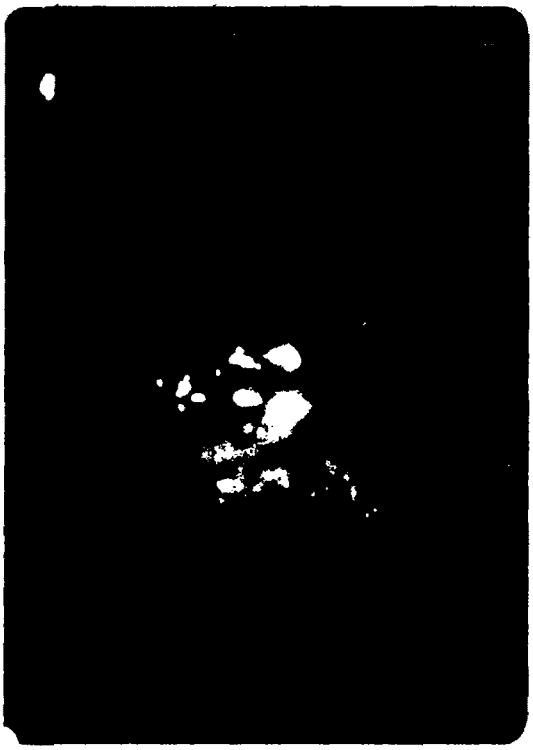


FOTO 85 : Erosiones superficiales múltiples.

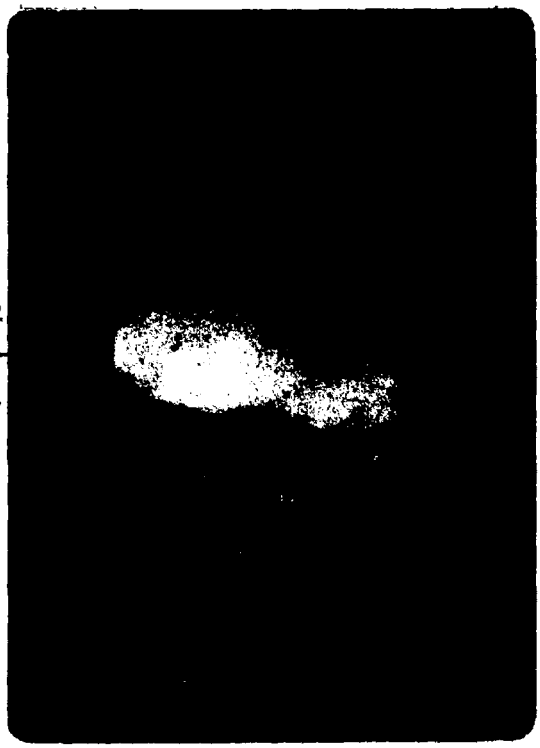


FOTO 86 : Erosión superficial con coagulo.

ESTOMITIS

erosiones superficiales

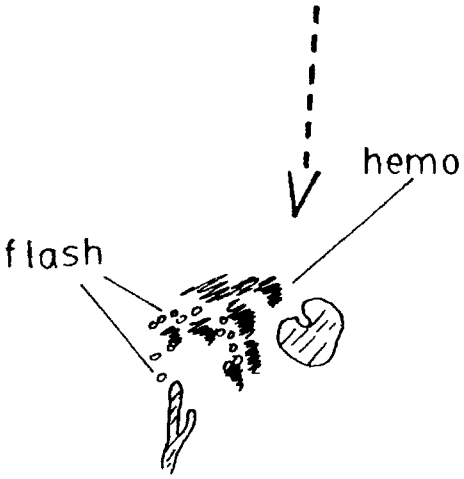


FOTO 87

Erosión superficial - única.

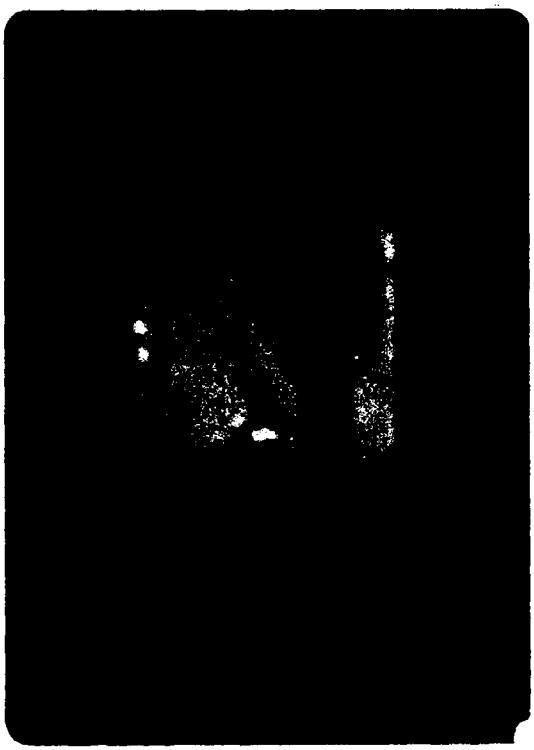
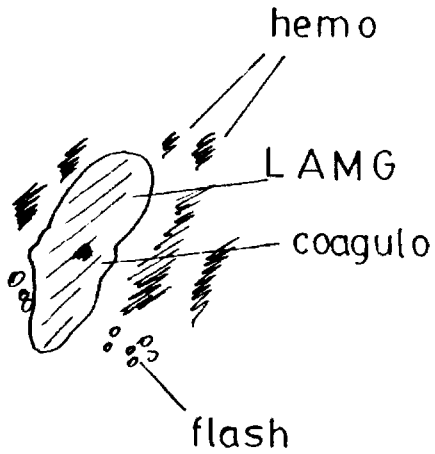
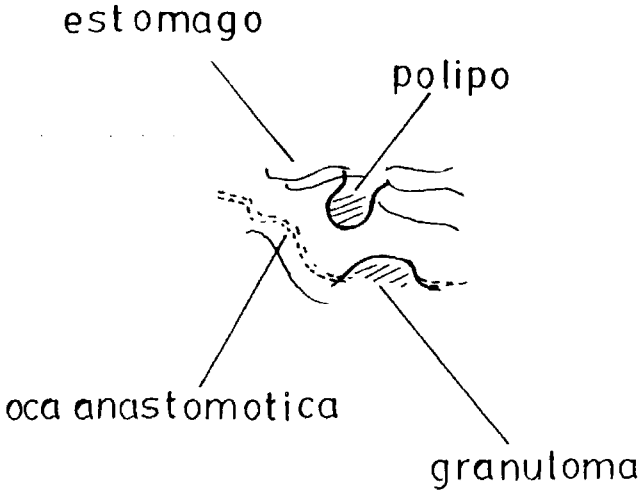


FOTO 88 : Erosiones superficiales múltiples con restos hemáticos


hemo
LAMG
coagulo
flash


estomago
polipo
oca anastomotica
granuloma

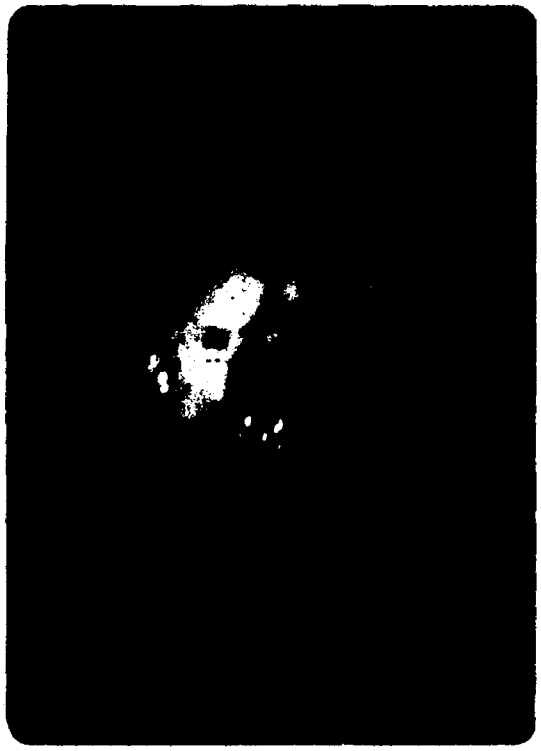
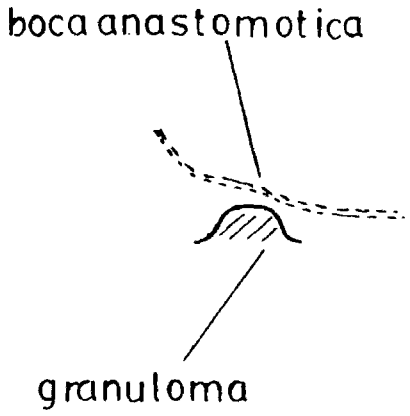


FOTO 89 : L.A.M.G. - con coagulo central y - sangrando - por los bordes.

FOTO 90 : Granuloma y pólipo único de boca anastomótica.


boca anastomotica
granuloma

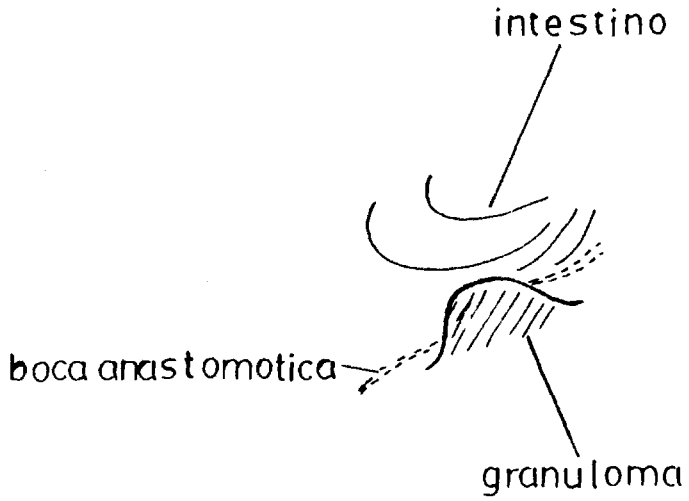
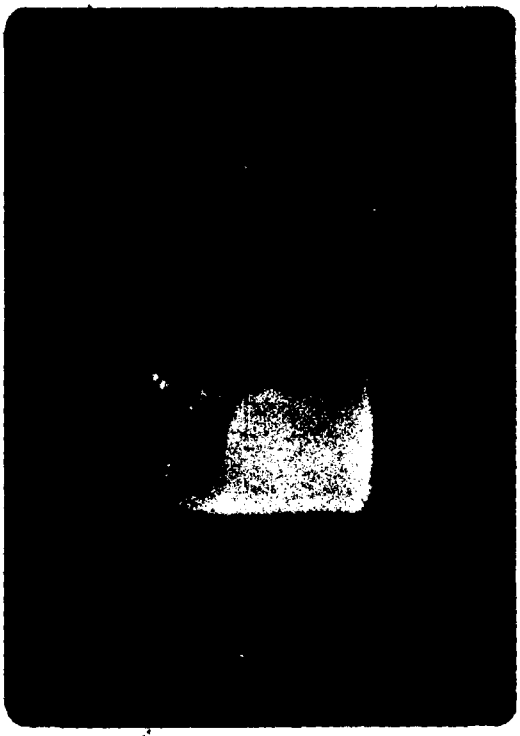

intestino
boca anastomotica
granuloma

FOTO 91

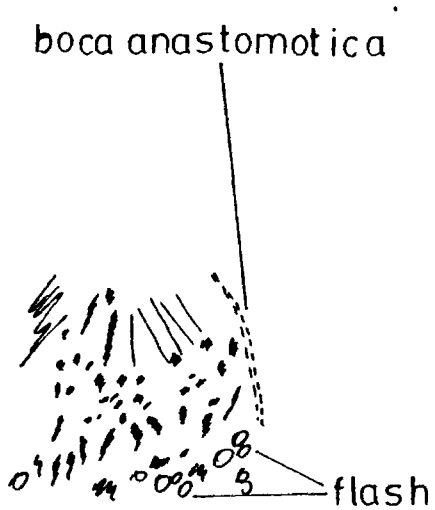
FOTO 92



CUADRO 76

E X T E N S I O N D E L A S L E S I O N E S

ENFERMOS CON ESTOMITIS:	Nº	%
	70	100,00
LOCALIZADAS	19	27,14
DIFUSAS	51	72,85



ESTOMITIS DIFUSA

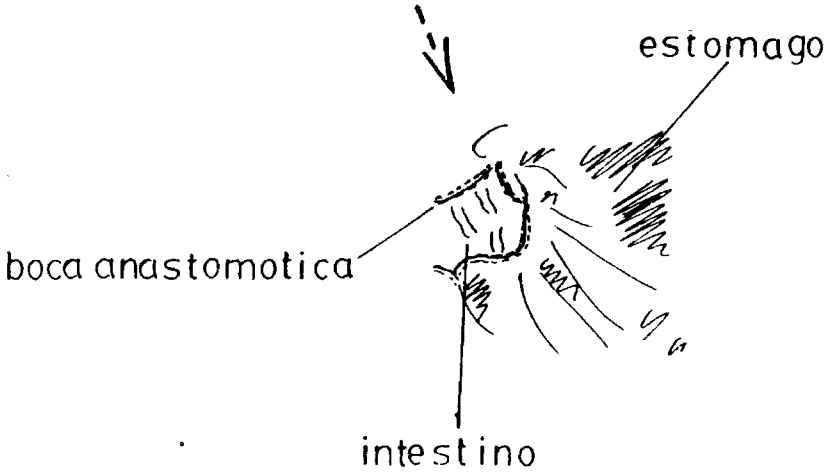


FOTO 93 : Estomitis con lesiones en toda la mucosa

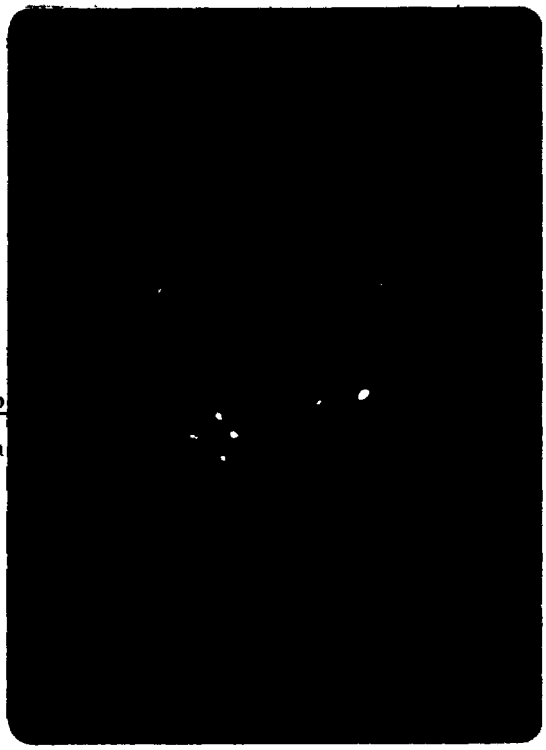


FOTO 94 : Estomtis difusa con mucosa que sangra en sábana.

ESTOMITIS LOCALIZADA

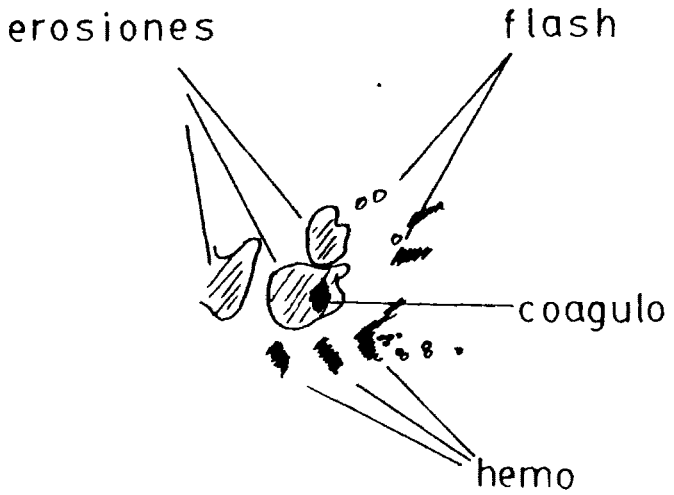


FOTO 95 : Mucosa hiperémica con múltiples erosiones superficiales, algunas con coagulos y restos hemáticos.

El resto de los hallazgos endoscópicos vienen expresados en el cuadro siguiente, (Cuadro nº 77).

En resumen, por el aspecto endoscópico nos impresionó como gastritis aguda en 26 casos y como procesos crónicos el resto, de los cuales hay un predominio de la forma superficial (Cuadro nº 78).

El estudio biópsico se realizó en las 2/3 partes de los enfermos estudiados, habiéndose descartado para dicho estudio la mayoría de los enfermos que presentaban accidentes hemorrágicos. En los resultados de los mismos, vemos que hay un predominio de procesos inflamatorios en forma de infiltración de células inflamatorias, linfocitos y células plasmáticas que podrían ser etiquetadas como gastritis crónicas superficiales, hecho coincidente con otras estadísticas (29).

CUADRO 77

LESIONES ENDOSCOPICAS ACOMPAÑANTES

ENFERMOS CON ESTOMITIS:	Nº	%
	70	100,00
HILOS DE SUTURA	18	25,71
POLIPOS	5	7,14
HERNIA HIATAL	4	5,71
ESTENOSIS ESOFAGICA	3	4,28
DIVERTICULO ESOFAGICO	1	1,42
DIVERTICULO DE B.A.	1	1,42
CICATRIZ ULCEROSA	5	7,14
VARICES ESOFAGICAS	1	1,42
ACHALASIA	1	1,42
BEZOAR	1	1,42

CUADRO 78

T I P O D E G A S T R I T I S

ENFERMOS CON ESTOMITIS:	Nº	%
	70	100,00
AGUDAS	26	37,14
CRONICAS	44	62,85
. Superficiales	27	38,57
. Atróficas	11	15,71
. Hipertróficas	6	8,57

La incidencia de las gastritis-atróficas - es baja. En 4 casos se detectaron aparte de los - fenómenos inflamatorios, una recidiva carcinomatosa y sólo en 3 enfermos encontramos fenómenos de regeneración glandular. La existencia de metaplasia intestinal es bastante baja en relación con -- otros estudios, en los que se encuentran en casi el 80% de los enfermos operados (42). (Cuadro nº 79).

Las enfermedades que acompañaban a este -- cuadro, quedan reflejadas en el siguiente esquema (Cuadro nº 80).

El tratamiento alque se les ha sometido a estos enfermos ha sido muy variable, generalmente a base de asociaciones de distintos fármacos y -- con unos resultados igualmente poco valorables. (Cuadros nº 81-82).

CUADRO 79

B I O P S I A S R E A L I Z A D A S

	Nº	%
	47	100,00
INFLAMATORIO INESPECIFICO	33	70,21
GASTRITIS CRONICA ATROFICA	11	23,40
CANCER RECIDIVADO	4	8,51
REGENERACION GLANDULAR	3	6,38
METAPLASIA INTESTINAL	4	8,51

CUADRO 80

E N F E R M E D A D E S C O N C O M I T A N T E S

ENFERMOS CON ESTOMITIS:	Nº	%
REVISION DE CA.GASTRICO OPERADO	9	12,85
BRONCOPATIA CRONICA	4	5,71
CIRROSIS HEPATICA	3	4,28
NEUROSIS	8	11,42
ALCOHOLISMO	3	4,28
COLECISTOPATIA	2	2,85
FISTULA BILIAR	1	1,42
SINDROME ANEMICO	1	1,42
Ca. GENITAL Y CARCINOMA-TOSIS PERITONEAL	1	1,42
RECTITIS	1	1,42
HERNIA ESTRANGULADA	1	1,42
ESTENOSIS INTESTINAL	1	1,42
COLICO NEFRITICO	1	1,42
ARTERITIS	1	1,42
T.P.	1	1,42

CUADRO 81

T R A T A M I E N T O

ENFERMOS CON ESTOMITIS:	Nº	%
	70	100,00
METOCLOPRAMIDA	26	37,14
ALCALINOS	26	37,14
CIMETIDINA	3	4,28
SEDANTES	10	14,28
ANABOLICOS	5	7,14
CARBENOXOLONE	10	14,28
NO TRATADOS	15	21,42

CUADRO 82

R E S U L T A D O S

ENFERMOS CON ESTOMITIS:	Nº	%
	70	100,00
BUENOS	22	31,42
NULOS	18	25,71
DESCONOCIDOS	15	21,42

F.- ULCERA DE BOCA ANASTOMOTICA

Es el capítulo más importante dentro de la patología del est'omago operado, ocupando en la - mayoría de las estadísticas el primer lugar en -- los enfermos intervenidos gástricos y significando el fracaso de la intervención previamente practicada, al reaparecer el problema que había motivado aquélla.

La causa de la recidiva de esta enfermedad se detalla en el capítulo de la parte general de este trabajo, recordando solamente que existen -- múltiples factores invocados como causa o mecanismo predisponente y/o favorecedores, pero que aún, no se ha dicho la última palabra al respecto, quedando numerosas causas inexplicables que deberán ir siendo aclaradas de forma paulatina.

En nuestra experiencia hemos encontrado un total de 82 ulcus en el estómago operado, sobre - un total de 320 enfermos operados de estómago y - 237 con patología endoscópica positiva.

La edad de nuestros enfermos presenta un predominio hacia la 4ª y 5ª década, hecho lógico si tenemos en cuenta que la intervención se produjo entre los 30 y 40 años. (Cuadro nº 83).

Como siempre ocurre en la enfermedad ulcerosa, el predominio del sexo masculino existe con un porcentaje de 10/1. (Cuadro nº 84).

La causa que provocó la intervención quirúrgica fue en su mayoría la úlcera duodenal, como se ve en el Cuadro nº 85.

La operación fue realizada en nuestros enfermos en la mayoría de los casos, menos de 5 años antes, de los cuales casi todos presentaban molestias prácticamente desde la intervención, lo que supone que la lesión sufrió su evolución natural sin haber experimentado ningún cambio con la intervención. En el resto de los enfermos, el brote ulceroso surge entre los 15 y 20 años, con una escasa incidencia en los de más de 20. (Cuadro nº 86).

CUADRO 83

E D A D

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% ULCUS B.A. (82)
DE 20 - 30 años	4	1,25	1,68	4,87
DE 30 - 40 "	12	3,75	5,06	14,63
DE 40 - 50 "	24	7,50	10,12	29,26
DE 50 - 60 "	29	9,06	12,23	35,36
DE 60 - 70 "	9	2,18	3,79	10,97
MAS de 70 "	4	1,25	1,68	4,87

CUADRO 84

S E X O

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% ULCUS DE B.A. (82)
VARONES	76	23,75	32,06	92,68
HEMBRAS	6	1,87	2,53	7,31

CUADRO 85

C A U S A D E I N T E R V E N C I O N

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% ULCUS B.A. (82)
ULCUS DUODENAL	31	9,68	13,08	37,80
ULCUS GASTRICO	26	8,12	10,97	31,70
ULCUS SIN LOCALIZACION	18	5,68	7,59	21,95
DESCONOCIDA	7	2,18	2,95	8,53

CUADRO 86

AÑOS DE INTERVENCION

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS CON PAT. ENDOSC. + (237)	% ULCUS B.A. (82)
DE 0 - 5 Años	40	12,50	16,87	48,78
DE 5 - 10 "	17	5,31	7,17	20,73
DE 10 - 15 "	13	4,06	5,48	15,85
DE 15 - 20 "	6	1,87	2,53	7,31
MAS DE 20 "	6	1,87	2,53	7,31

El tipo de intervención practicada se reparte en cifras muy semejantes entre la gastroduodenostomía Bilrroth-I y II. Hay un considerable número, sobre todo si se relaciona con el total de operaciones de esta técnica, en las vagotomías, con predominio de las piloroplastias sobre las gastroenterostomías. Es de destacar el gran porcentaje de recidivas ulcerosas en los casos intervenidos exclusivamente con una gastroenterostomía (Cuadro nº 87).

La clínica fue bastante variable, con predominio típico del síndrome ulceroso con más del 50% en los que la sintomatología era muy semejante a la anterior a la intervención. La otra mitad de los enfermos presentaban predominantemente un cuadro dispéptico inespecífico: dolor ulcoide sin relación prandial, de localización atípica y una proporción del casi 10% estaba asintomático, motivando su ingreso accidentes hemorrágicos (Cuadro nº 88).

CUADRO 87

TIPO DE INTERVENCION

	Nº	% EST.OPERADOS (320)	% EST.OPERADOS ENDOSC. + (237)	% ULCUS B.A. (32)	% OPERACIONES REALIZADAS.
BILRROTH - I	26	8,12	10,97	31,70	28,26(92=100%
BILRROTH - II	20	6,25	8,43	24,39	15,87(126=100
GASTROYEYUNOSTOMIA	9	2,81	3,79	10,97	81,81(11=100%
VAGOTOMIA + GASTRO	9	2,81	3,79	10,97	21,95(41=100
VAGOTOMIA + PILOROP.	18	5,62	7,59	21,95	42,85(42=100

CUADRO 88

C L I N I C A

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	82	100,00
DOLOR ULCEROSO	53	64,63
DOLOR NO ULCEROSO	6	7,31
SINDROME DISPEPTICO	16	19,51
VOMITOS	6	7,31
DIARREAS	2	2,43
ARDORES	14	17,07
SINDROME DUMPING	1	1,21
ASINTOMATICO	7	8,53

Las enfermedades asociadas detectadas en - este grupo de enfermos están expresadas en el cuadro nº 89.

Las molestias en su mayoría, casi el 44%, datan desde el momento de su intervención y el -- resto no más allá de 1 año (30%). No detectamos - ningún caso con sintomatología de más de 10 años de evolución (cuadro nº 90).

De los 82 casos objetivados, la mitad presentaron accidentes hemorrágicos en forma de hematemesis y melenas, muchos de ellos con necesidad de hemoterapia por cuadros hipovolemicos. En todos los sangrantes la endoscopia fué realizada - dentro de las primeras 24 horas de su ingreso. En la 4ª parte de ellos se detectaron antecedentes - salicílicos; El resto de las complicaciones fueron escasas, con solo un caso de perforación cubierta, uno de absceso subfrénico y 4 de estenosis (cuadro nº 91).

CUADRO 89

O T R A S E N F E R M E D A D E S

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
LITIASIS COLEDOCIANA	2	2,43
PANCREATITIS CRONICA	1	1,21
NEUROSIS	2	2,43
CIRROSIS HEPATICA	2	2,43
BRONCOPATIA	2	2,43
SINDROME DUMPING	1	1,21
HERNIA HIATAL	4	4,87
LITIASIS VESICULAR	2	2,43
DIABETES	1	1,21
ABCESO SUBFRENICO	1	1,21

CUADRO 90

T I E M P O D E M O L E S T I A S

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	82	100,00
MENOS DE 1 MES	10	12,19
DE 1 - 6 MESES	11	13,41
DE 6 - 12 MESES	10	12,19
DE 1 - 2 AÑOS	6	7,31
DE 2 - 10 AÑOS	2	2,43
DESDE LA INTERVENCION	36	43,90

CUADRO 91

C O M P L I C A C I O N E S

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	82	100,00
HEMORRAGIAS	40	48,78
ANTECEDENTES SALICILICOS	12	14,63
PERFORACION CUBIERTA, ABCESO SUBFRENICO	1	1,21
ESTINOSIS	4	4,87
retención	3	3,65
pura	1	1,21

El exámen radiológico fue realizado en todos nuestros enfermos, muchos, después de practicada la endoscopia y claro está, conociendo el diagnóstico; pese a ello, nuestros resultados son muy desalentadores, con objetivación del nicho sólo en 34 casos y signos indirectos en 13, lo que nos aproxima al 60% de positividad radiológica. (Cuadro nº 92).

La lesión objetivada en endoscopia presentaba un tamaño medio no superior a dos cm. con reparto proporcional entre las de 0.5 y 1 cm. y de 1á 2 cm. (Cuadro nº 93). (Fotos nº 96-97-98-99 100-101-102)

La lesión se localizaba en el 25% en el estómago con mayoría a nivel de la curvadura menor. Las 3/4 partes de nuestros enfermos la presentaban a nivel de la anastómosis, siendo dificil en muchas ocasiones el precisar si es vertiente intestinal o gástrica, con una mayor proporción a nivel del espolón en los casos de Bilrroth-II. (Cuadro nº 94).

CUADRO 92

R A D I O L O G I A

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

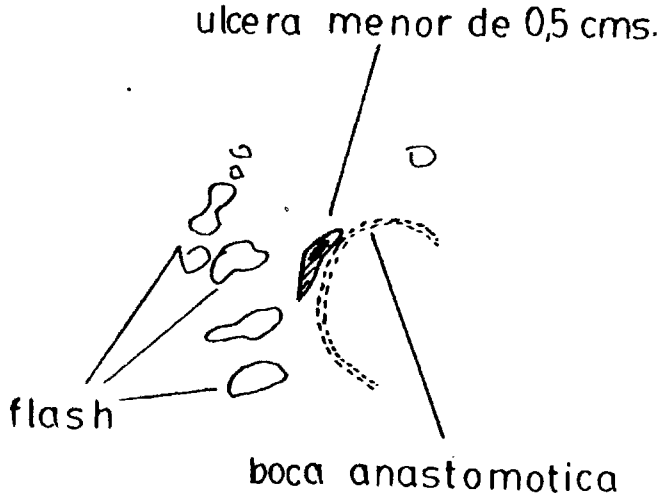
	Nº	%
	82	100,00
POSITIVA	47	57,31
. saliente	11	13,41
. mancha suspendida	23	28,04
. signos indirectos	13	15,85
NEGATIVA	35	42,68

CUADRO 93

T A M A Ñ O

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	82	100,00
MENOR de 0,5 cms.	26	31,70
DE 0,5 - 1 "	28	34,14
DE 1 - 2 "	26	31,70
MAYOR de 2 "	2	2,43



ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA

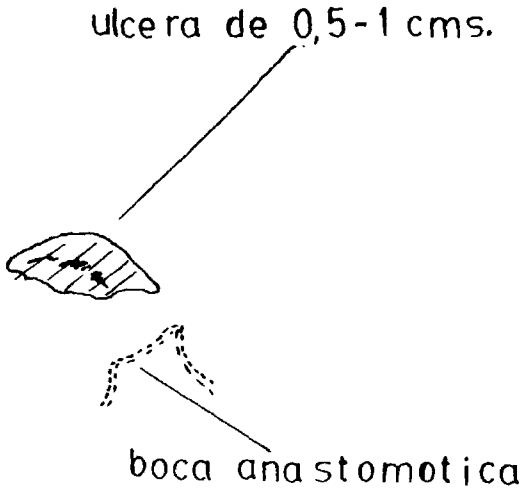


FOTO 96

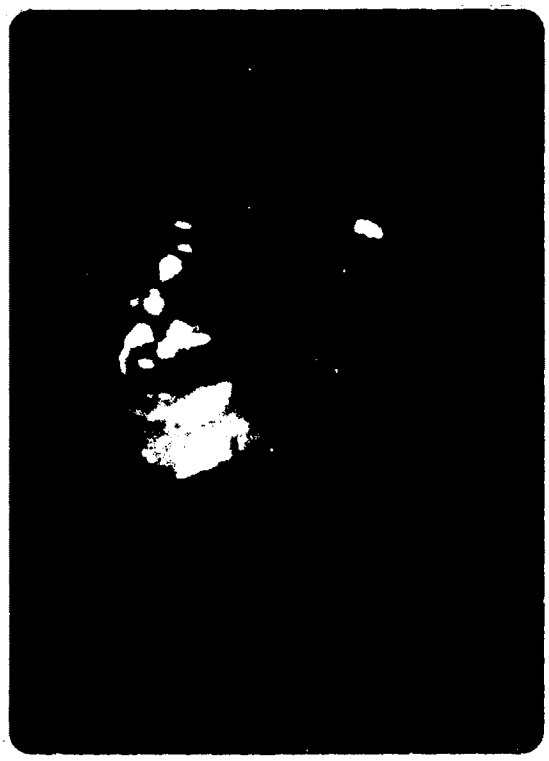
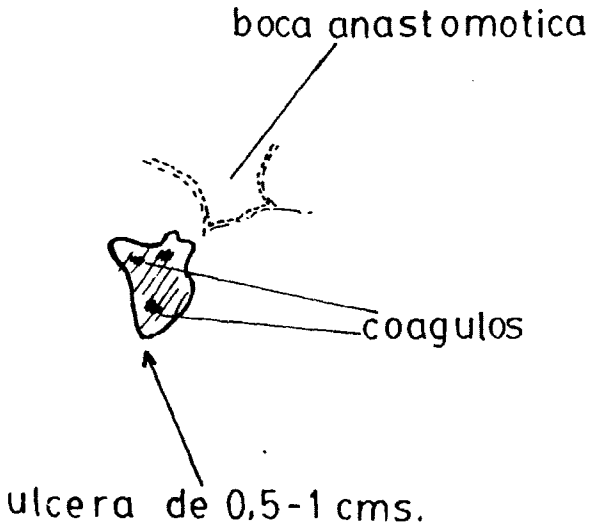


FOTO 97


boca anastomotica
coagulos
ulcera de 0,5-1 cms.

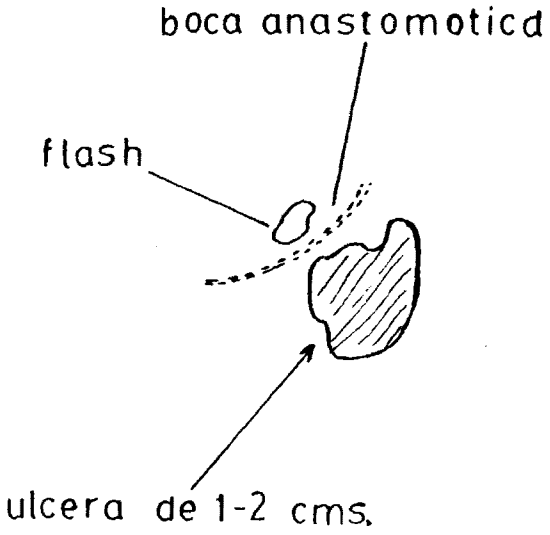
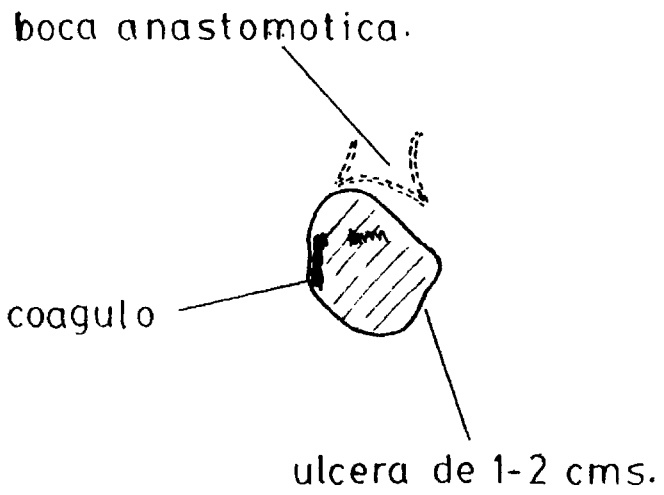

boca anastomotica
flash
ulcera de 1-2 cms.

FOTO 98

FOTO 99


boca anastomotica.
coagulo
ulcera de 1-2 cms.

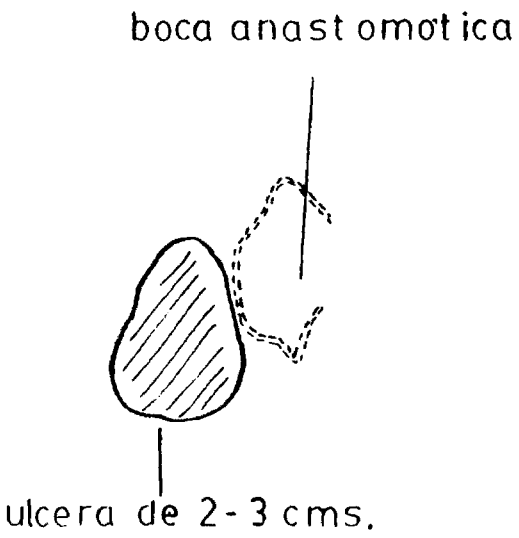

boca anastomotica
ulcera de 2-3 cms.

FOTO 100 :
Úlcera de boca anastomótica con coagulos en su fond

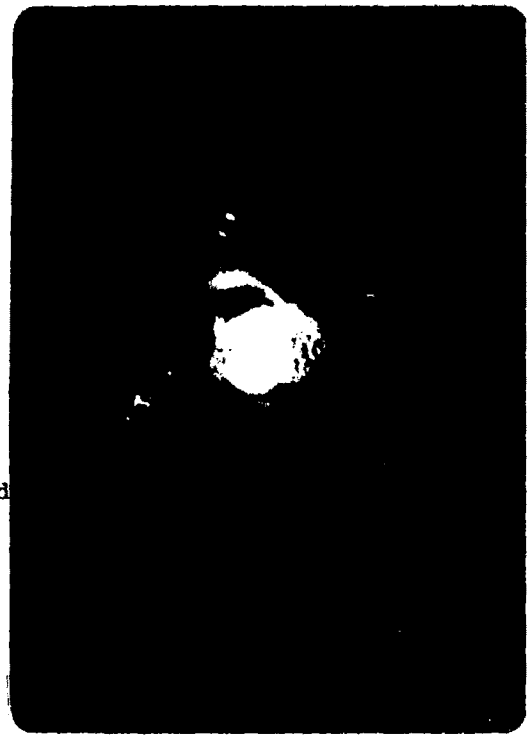


FOTO 100

CUADRO 94

L O C A L I Z A C I O N

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	82	100,00
CURVADURA MENOR	18	21,95
CURVADURA MAYOR	1	1,21
ANASTOMOSIS	36	43,90
- Bilrroth - I	15	18,29
- Bilrroth - II	13	15,85
. asa aferente	3	3,65
. asa eferente	3	3,65
. espolón	7	8,53
- Gastro (asa eferente)	8	9,75
VAGOTOMIA	27	32,92
- Asa eferente (gastroenterostomia)	9	10,97
- piloroplastia	15	18,29
- estómago	3	3,65

En los vagotomizados fue igualmente la zona de drenaje donde se localizó la úlcera en la mayoría de los pacientes, siendo el resto a nivel de incisura angularis.

El aspecto endoscópico de los nichos era sugestivo macroscópicamente de pépticos, con límites netos, algo aserratados, fibrina homogénea, sin mamelones ni infiltraciones y con signos de hemo en 36 enfermos (Cuadro nº 95).(Fotos nº 103-104-105-106)

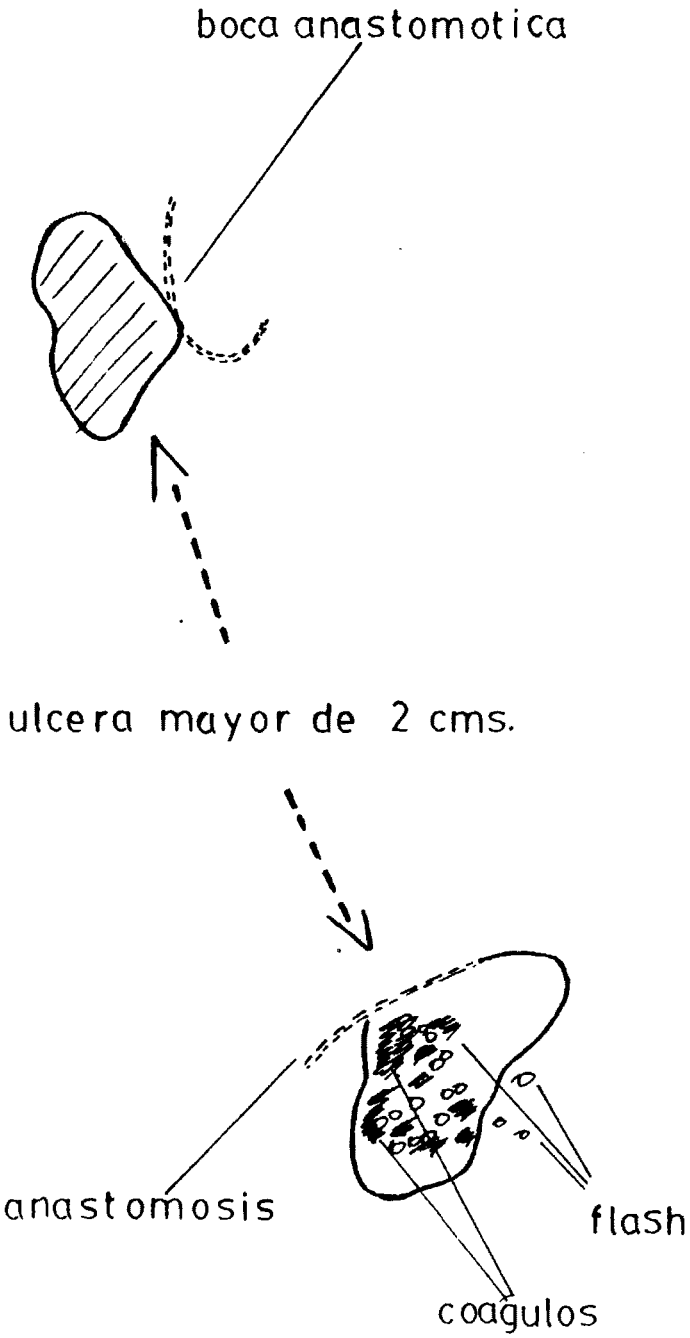
La biopsia fue practicada en escaso número de pacientes, concretamente en los de localización gástrica y que no presentaron signos activos de hemorragia. En los de la anastómosis, dada su implantación en mucosa intestinal, no consideramos necesaria la toma de histología, De ellos, en 8, el informe fue de ulcus péptico y en 5, de tejido inflamatorio. Tres casos presentaron metaplasia intestinal, a los que se siguió controlando hasta su total curación (Cuadro nº 96).(Fotos nº 107-108 -109)

CUADRO 95

M O R F O L O G I A

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	82	100,00
ASPECTO PEPTICO	82	100,00
COAGULOS	36	43,90


boca anastomotica
ulcera mayor de 2 cms.
anastomosis
flash
coagulos

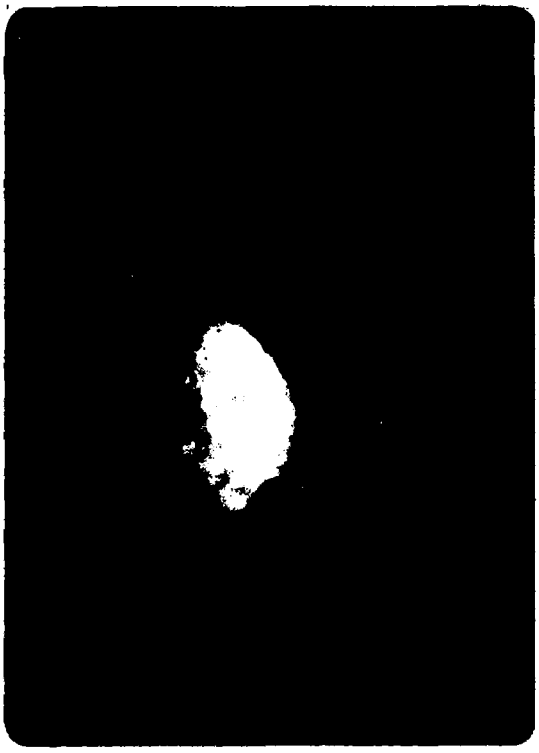
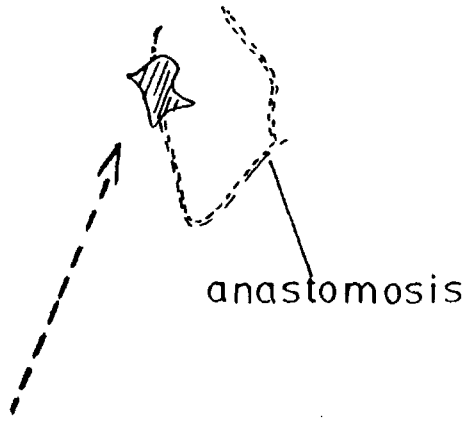
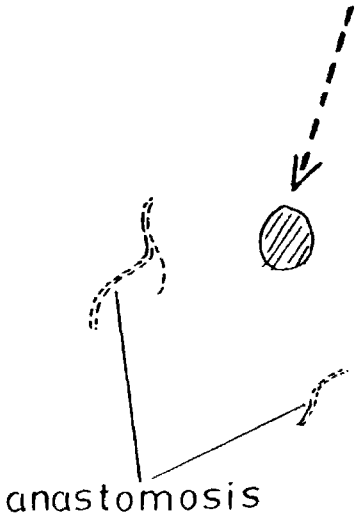


FOTO 102

FOTO 103 : Ulcera de B.A., con múltiples coagulos - en su fondo.



ULCERA DE BOCA ANASTOMOTICA
SANGRANTE



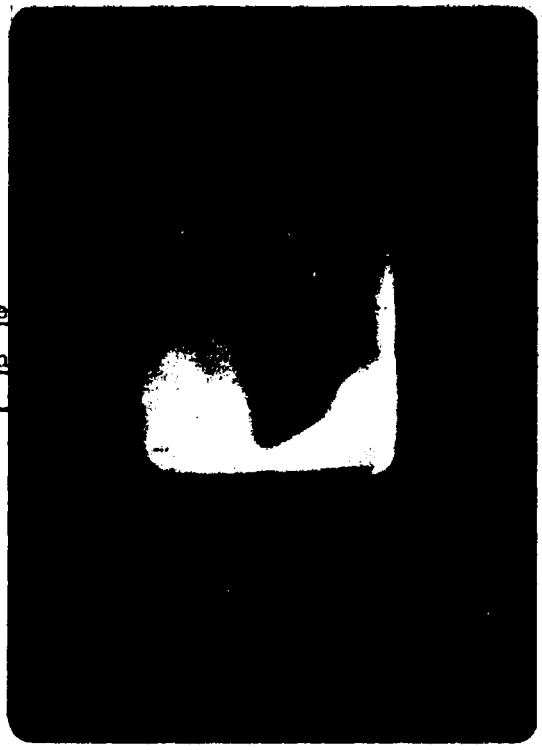
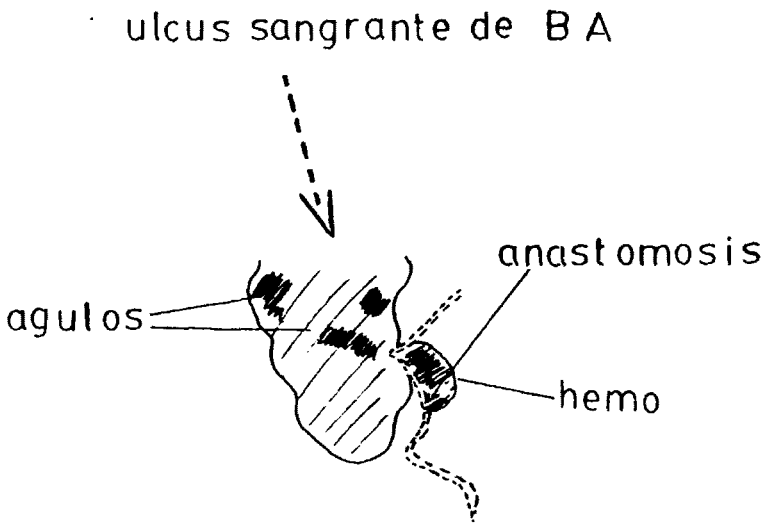


FOTO 104 : Ulcera de B.A., sangrando en sábana.

FOTO 105 : Ulcera de B.A., con coagulos ocupando todo el fondo.


ulcus sangrante de B A
anastomosis
agulos
hemo

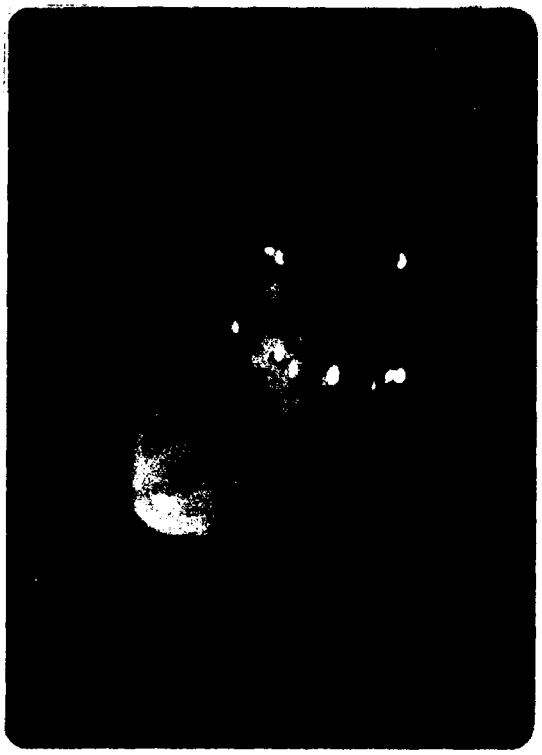


FOTO 106 : Ulcera de boca anastomótica con coagulos en el fondo y sangrando en uno de sus bordes.

CUADRO 96

B I O P S I A

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	82	100,00
BIOPSIAS REALIZADAS	13	15,85
- Inflamatorio	5	6,09
- Ulcus	8	9,75
- Metaplasia intestinal	3	3,65

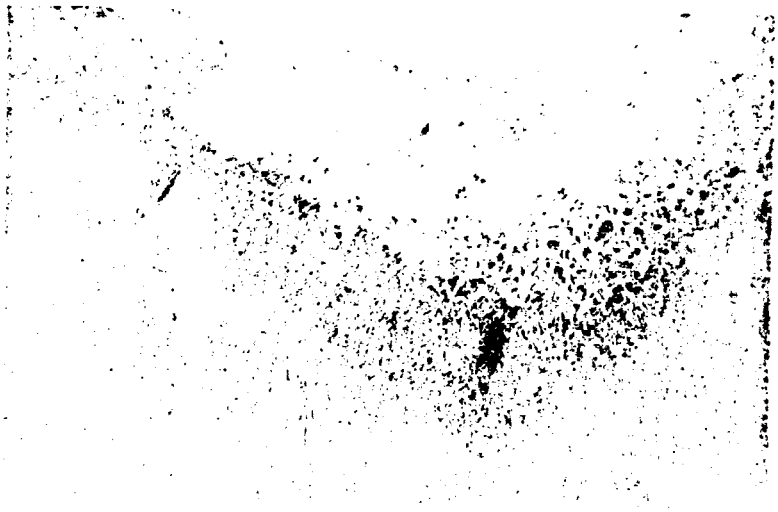


FOTO 107 : ULCERA DE BOCA ANASTOMOTICA. H.E(120x) Detalle de la superficie del nicho ulceroso en - donde se estratifican restos de fibrina, necro-- sis e infiltración leucocitaria.

FOTO 108 : TEJIDO INFLMATORIO, se aprecia necro-- sis, con infiltracion leucocitaria y predominio - de polinucleares neutrófilos.

FOTO 109 : METAPLASIA INTESTINAL. H.E (250x). El revestimiento muestra células caliciformes abundantes. El lámina propia, observese el infiltrado leucocitari.

Respecto al tratamiento hemos hecho indicación quirúrgica en 24 casos y dependiendo del tipo de intervención y de la acidez, se ha aconsejado la vagotomía, antrectomía, ampliación de la resección, etc., no entrando en detalles por no ser objeto de esta Tesis. (Cuadro nº 97).

En 50 enfermos se les sometió a tratamiento médico, en los que el control realizado a las seis semanas hemos encontrado unos resultados muy positivos con la Cimetidina. (Cuadro nº 98-99-100

CUADRO 97

T R A T A M I E N T O

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	%
	82	100,00
MEDICO	50	60,97
QUIRURGICO	24	29,26
DESCONOCIDO	8	9,75

CUADRO 98

T R A T A M I E N T O M E D I C O

ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:

	Nº	% T.	% P.
	82	100,00	
ENFERMOS EN TTO. MEDICO CON ULCUS DE B.A.			
	50	60,97	100,00
. GRUPO I: Cicatrizantes y alcalinos			
	25	30,48	50,00
. GRUPO II: Cimetidina			
	25	30,48	50,00

CUADRO 99

RESULTADOS DEL TTO. MEDICO

	Nº	%Total(82)	%Parcial(50)
GRUPO I: SEIS SEMANAS			
. Cerradas	11	13,41	22,00
. Abiertas	10	12,19	20,00
. No revisadas	4	4,87	8,00
GRUPO II: SEIS SEMANAS			
. Cerradas	21	25,60	42,00
. Abiertas	2	2,43	4,00
. No revisadas	2	2,43	4,00

CUADRO **100**

T R A T A M I E N T O Q U I R U R G I C O

	Nº	% T.	% P.
ENFERMOS CON ULCUS DE BOCA ANASTOMOTICA:			
	82	100,00	
ENFERMOS CON TTO. QUIRURGICO DEL ULCUS DE B.A.			
	24	29,26	100,00
VAGOTOMIA	14	17,07	58,33
REVAGOTOMIA	5	6,09	20,83
RECONVERSION a Bilrroth-I	2	2,43	8,33
NUEVA RESECCION y Bilrroth-II	3	3,65	12,50

G.- MISCELANEA

Hemos detectado como complicación de la úl cera de boca anastomótica, pero que por su significación y personalidad la hemos separado de ella, cuatro casos de FISTULA GASTRO-YEYUNO-COLICA, en los que lo más destacable era el haber presentado todos ellos historia postoperatoria de tipo ulceroso con intensas crisis cólicas así como en -- sus últimos brotes, fuertes diarreas y desnutrición. La intervención a que se les había sometido era un Bilrroth-II y el diagnóstico de seguridad se obtuvo mediante la radiología al practicárseles un enema opaco y objetivarse el trayecto fistuloso.

La exploración endoscópica detectó el orificio en 3 de los enfermos, no consiguiéndose en el 4º, pero sí objetivándose un reflujo de olor - fecaloideo que fue lo suficientemente demostrativo como para sospechar tal diagnóstico. Naturalmente el tratamiento al que se sometió a este tipo de enfermos fue la intervención quirúrgica oportuna.

FISTULA GASTRO-COLICA

FOTO 110 : FISTULA GASTRO-COLICA, con visualización de la mucosa colónica a traves del orificio fistuloso.

Igualmente, hemos visto un caso de PURPURA GASTRICA en un estómago operado en un enfermo -- portador de una púrpura trombopénica pensando que su intervención anterior nada tenía que ver con - tal hallazgo.(Fotos nº 111-112)

En estos últimos dias y ya cerrado el protocolo de esta Tesis (por lo que no se ha incluído en la misma), hemos tenido ocasión de vivir un enfermo con un cuadro de hematemesis e intenso do.. lor abdominal, operado hace 11 años por úlcera -- duodenal y al que se le había practicado un Bil-- rroth-II.

La endoscopia de urgencia fue ténicamente muy dificultosa por encontrar un muñón gástrico - difícil de distender y ocupado por un asa intestinal tumefacta, cianótica y con erosiones puntiformes que motivó el diagnóstico de estrangulación - de un asa intestinal en la boca anastomótica. La intervención quirúrgica urgente, confirmó la existencia de la invaginación del asa eferente.

PURPURA GASTRICA

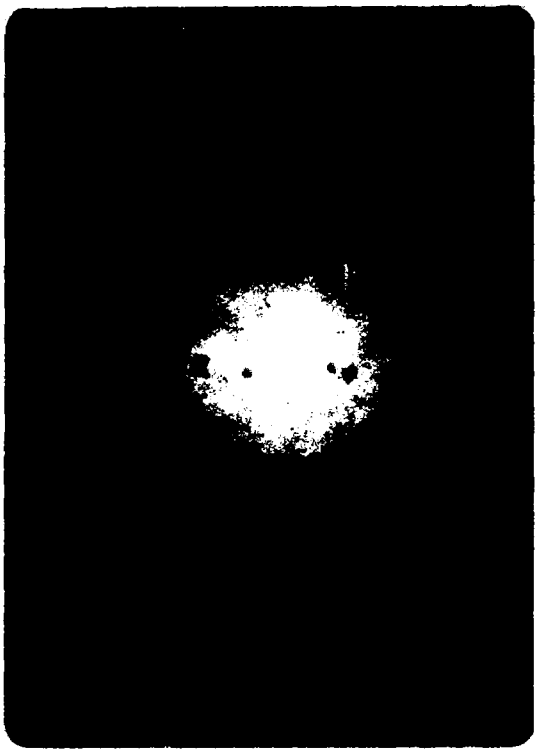
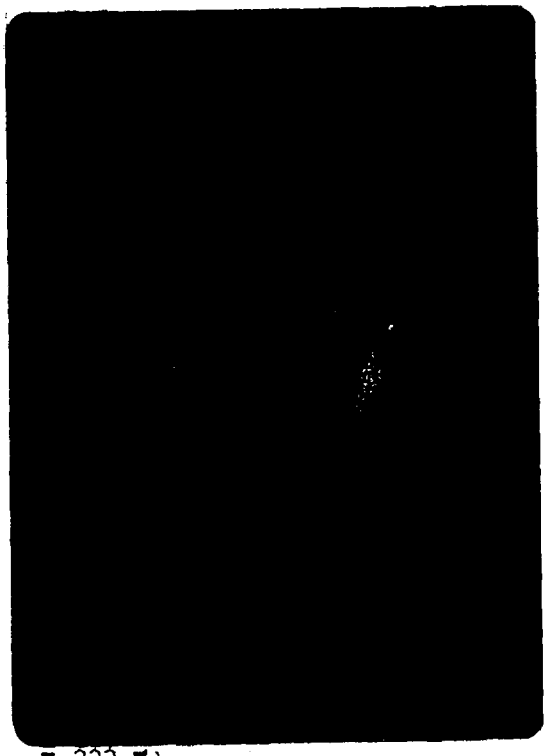


FOTO 111

FOTO 112



CAPITULO V :

C O N C L U S I O N E S

SINDROME DE DUMPING:

1.- La poca frecuencia de nuestra casuística de las afecciones de tipo funcional, entre las que únicamente hemos podido sacar un mínimo porcentaje respecto a la totalidad de enfermos explorados que presentaron suficientes criterios para el diagnóstico de Síndrome de Dumping.

2.- El mayor porcentaje de este Síndrome en los enfermos a los que se les practicó el Billroth-II y la gran incidencia del mismo, (casi el 50% de los enfermos sometidos a dicha intervención), en las gastrectomías totales.

3.- La radiología es una exploración que aporta poca ayuda, si bien se pueden encontrar en una 3ª parte hechos indirectos que faciliten el diagnóstico.

4.- El estudio endoscópico creemos tiene un valor considerable como método de exclusión de otra patología, pero en ningún momento nos aporta hechos endoscópicos positivos que confirmen el diagnóstico.

5.- El manejo y terapeútico de estos enfermos suele dar unos resultados poco satisfactorios.

HILOS DE SUTURA:

1.- Consideramos que el hilo de sutura es un diagnóstico exclusivamente endoscópico.

2.- Creemos tiene una significación clínica cuando se acompaña de ulceración en la base.

3.- Con el paso de los años suelen eliminarse o reabsorberse.

4.- La mejor prevención es la sutura submucosa y utilización de material reabsorbible.

5.- Puede practicarse la extracción endoscópica de los mismos con pinzas especiales, de lo que no tenemos experiencia por carecer de este instrumental.

CANCER DE MUÑON GASTRICO:

1.- El cáncer de estómago operado creemos es un hecho incuestionable. En nuestro estudio, el doble que el cáncer gástrico.

2.- El mejor método diagnóstico es la endoscopia.

3.- La negatividad radiológica no excluye esta posibilidad, por lo que ante todo enfermo gastrectomizado con molestias digestivas, debemos realizar una exploración endoscópica sobre todo si hace más de 15 años de su intervención.

4.- El tipo de úlcera que motivó la operación anterior, creemos no es un factor valorable.

5.- Hay una mayor incidencia de la técnica Bil-- rroth-II, si bien su significado es muy dudoso.

6.- El periodo silente es de 15 a 25 años.

7.- Los resultados terapeúticos han sido desalentadores.

POLIPOS DE BOCA ANASTOMOTICA:

1.- Los pólipos son lesiones benignas potencialmente malignizables.

2.- Su diagnóstico ha de basarse en la endoscopia, completado con la histología.

3.- No necesitan tratamiento alguno salvo controles periódicos por la posible malignización.

4.- Respecto a la localización en el estómago operado, no existe ninguna variación con respecto al estómago íntegro.

5.- No creemos que las diferencias en frecuencia, tanto con respecto al tipo de intervención, la causa que motivó la misma y el tiempo, puedan influir de alguna manera en la aparición de este proceso.

ESTOMITIS:

1.- El diagnóstico de Gastritis y/o estomitis ha de basarse en la endoscopia y biopsia correspondiente.

2.- La radiología aporta hechos poco fiables y la clínica suele ser muy inespecífica.

3.- Hay una gran incidencia de fenómenos inflamatorios en el Bilrroth-II.

4.- Histológicamente hay un predominio de las gastritis crónicas superficiales.

ULCERAS DE BOCA ANASTOMOTICA:

1.- La úlcera en el estómago operado es la complicación más frecuente.

2.- Encontramos una mayor incidencia de recidivas en los casos de vagotomía y drenaje.

3.- Es frecuente el accidente hemorrágico.

4.- El diagnóstico radiológico presenta muchas lagunas.

5.- El diagnóstico ha de ser endoscópico completado si es necesario con la histología.

6.- Respecto al tratamiento médico hemos obtenido buenos resultados con la Cimetidina.

R E S U M E N D E C O N C L U S I O N E S

1.- Mayor índice de patología global en operados con técnica Bilrroth-II y gastroyeyunostomía.

2.- La mejor exploración diagnostica la constituye la endoscopia.

3.- La endoscopia carece de valor diagnostico en la patología funcional.

4.- Los hilos de sutura producen manifestaciones clínicas, siendo su diagnostico exclusivamente endoscópico.

5.- La frecuencia del cancer de boca anastomótica aumenta a partir de los 15 años de intervención y su diagnostico mas fidedigno es el endoscópico.

6.- Los procesos inflamatorios se diagnostican mediante endoscopía e histología.

7.- La recidiva ulcerosa es el hallazgo endoscópico más frecuente en el estómago operado.

1.- FIORINI, E; FRATTON, A.
"La fibrogastroscopia y sus aplicaciones".
.- Publicaciones científicas "Carlo Erba".
1968.

2.- GANDARA MAZPULE Y GONZALEZ CAMPOS.
"Las posibilidades actuales de la esofago-fibrogastroscopia".
.- Bol. Fundación Jimenez Diaz: 2-395.1970

3.- VILLAR BONET.
"Endoscopia digestiva".
.- Med. Clín. nº 1, 61-50. 1973.

4.- HERRERIAS, J.M.; GARRIDO PERALTA.
"La endoscopia en gastroenterologia".
.- Rev. Esp. Enf. Ap. Digest, 40-291. 1973

5.- FRANK, H.; NETTER, M.D.
"Esofagogastric funtion".
.- The ciba collection of Medical Ilustrations, vol. 3- Digestv. Syntem, 1º-38-40, Nueva York 1966.

6.- NITZE, M.
"Verähderungen an Meinen elektroendoskopischen instrumenten".
.- III Monat Aerztl Polytechnik, 9: 60, -- 1887.

7.- MIKULICZ, J.
"Uber gastroscopie und ösophagoskopie".
.- Wien Med. Presse, 45: 1-405, 1881.

8.- KELLING, G.
"Endoskopie fur speiserohre und Magen".
.- Munch. Med. Wochenschr 34: 934, 1897.

9.- KELLING, G.
"Gegliedertes, winklig streck-bares gastroskope mit rotierbaren sehprisma".
.- Munch. Med. Wochenschr. 49: 1556, 1898.

10.- DEBRAY, C.; HOUSSET, P.
PHotographie en couleur a travers le gas-- troscope flexible. Utilisatiôn d'un flash electronique".
.- Sem. Hop. Paris, 32: 2.338, 1956.

11.- DEBRAY, C.; HOUSSET, P.
"Sur la gastrobiopsie dirigée. Presentation d'un nouveau gastroscope biopsique".
-Arch. Mal- App- Dig. 48: 1.111, 1959.

12.- BERGH, S.
"Perforation of gastrointestinal tract experimental study influencing the development of peritonitis".
-Surgery 2: 1.960, 1937.

13.- PALMER, E.D.
"Survey of gastroscopic and aerophagoscopic accidents. Report of commite on accidents of the american gastroscopic society".
-Jama, 164-1.012, 1957.

14.- HIRSCHOWITZ, B.I.
"Demostration of neu gastroscope the fiberscope".
-Gastroenterology, 35-50, 1958.

15.- LO PRESTI, P.
"Clinical experience with a glassfiberscope".
-Amr. J. Dig. Dis. 7:95, 1967.

16.- BRUUL, W.; KRENTZ, K.
"Tratado y atlas de gastroscopia".
-Salvat, Edt. S.A. Barcelona, 1972.

17.- HIRSCHOWITZ, B.I.
"Photography through the fibergastroscope"
-Amr. J. Digst. Dis. 8:389, 1963.

18.- HIRSCHOWITZ, B.I.
"Endoscopia del tracto digestivo superior"
-Edit. Científico Médica. Barcelona, 1968.

19.- ASCHIZAWA, S.; KIDOKORO, T.
"Endoscopic color atlas of gastric diseases".
-George Tieme Werlof-Stuttgart, 1971.

20.- DAY, R.L.
"Acupunture in gastroscopy".
-Lancet (Letters), 1(8.066): 722, 1-4-78.

21.- GANDARA MAZPULE, GONZALEZ CAMPOS.
"Radiología y endoscopia en la patología - esofagogástrica".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digst. 35:854, 1971.

22.- HERRERIAS, J.M.
"Contribución de la gastroscopia al estudio del cáncer gástrico. Nuestra experiencia".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 44:697, 1974.

23.- PERTEJO, V. Y COL.
"Utilidad diagnóstica de la fibrogastroscopia en el estómago operado".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. tomo XLVI,nº 6 pág. 657. 1975.

24.- KASUGAI.
"Endoscopy in Japan with special reference to detection of gastric cancer".
-Gastroin. Endoscop. 15:204, 1969.

25.- MORRISSEY, J.F.; KOIZUMI, H.
"The endoscopic diagnosis of gastric cáncer".
-Proc. Nat. Cancer Conf. 46:433, 1968.

26.- TORIL ILLESCAS Y COL.
"Las biopsias múltiples de la mucosa gástrica bajo control endoscópico como medio de diagnóstico del cáncer gástrico incipiente".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digst. tomo L, nº 4, -15-4-77- pág. 427.

27.- OSHIMA, H.
"2 Kongr. disch. gest. gastroenterologie".
-Endoskopie (Homburg/Saar) 9:27, 1969.

28.- SCHAFFER, P. K.; MIKAT, B.
"Grundlagen fur präventiu-untersuchungen - beim magenkarcinom in deutschland".
-Dtsch. Méd. J. 21; 996, 1970.

29.- DE LA SANTA LOPEZ Y COL.
"Gastritis crónica en el estómago operado. Estudio con endoscopia y biopsia en 173 pacientes".
-Rev. Clín. Esp. 138 (3): 231-7. 15-8-75.

30.- HIRSCHOWITZ, B.I.
"Early fiberscope endoscopy for upper gastrointestinal bleeding".
-Amer. J. Dig. 8:816, 1963.

31.- PALMER, E.D.
"Observations on the migorous diagnostic - approachto severe gastrointestinal hemo-- rrage".
-Ann. Intern. Med. 36:1.484, 1925.

32.- PALMER, E.D.
"The vigorous diagnostic approachto upper gastrointestinal tract hemorragia a 23 y- years prospective study of 1.400 patients"
-Jama, 207:1.477, 1969.

33.- DRONOSFIELD, M.W.
"A prospective randomised study of endosco py and radiology in acute uppet gastroin- testinal tract bleeding".
-Lancet, 1(8.023):1.167-9; 4-6-77.

34.- KOBAYASHY, S. et al.
"Biopsy and cytology in the diagnosis of - early gastric cancer: 10 year experience with direct visión techniques et a japanese institution".
-Endoscopy 9 (1): 1-6, maz-77.

35.- ASTE, H. et al.
"Il carcinoma del moncone gástrico dopo resezione per ulcera gastrica o duodenale - benigna".
-Tumoki, 62 (1): 1-6, jan.feb. 1976.

36.- COFFIN, J.CH.; CALETTI; G.C.
"Importanza dell'indagine fibroscopica nel -lo stomaco operato".
-Minerva gastroenterol. 21 (1): 3-6, jan-marz. 1975.

37.- KASUGAI, T.
"Endoscopic pancreatocholangiograph. I. the normal endoscopic pancreatocholangiograph"
-Gastroenterology, 63:217, 1972.

38.- KASUGAI, T.
"II. The pathological endoscopia pancreato cholangiograph".
-Gastroenterology, 63:227, 1972.

39.- OI, I.
"La pancreato-colangiografía endoscópica, un nuevo método diagnóstico de las enfermedades pancreáticas".
-Med. Higiene nº 19, Bilbao 1971.

40.- GUTMANN, R.A.
"Evolution du cancer gastrique".
-Proc. World. Congress Gastroenterol. Baltimore, Willians and Wilkins, Cº (1959), pág. 1.099-1.118.

41.- GUTMANN, R.A.
"De quelques signes radiologiques du cancer gastrique au debut: la niche en plateau".
-Bull- Mén. Soc. Radiol. Med. de France, - 21-347 (1933).

42.- SANCHO-POCH. F.J.
"Metaplasia intestinal y úlcera gástrica".
-Rev. Esp. Enf. Ap.Digest. tomo LIV, nº 6, 15-XI-78, pág. 551.

43.- DEUTSCH, E. et al.
"Gastric tissue changes in association -- with gastric ulcer".
-Amer. J. Gastroenterol. 37:168-172, 1962.

44.- GEAR, M.W.L.; TRUELQUE, S.C.
"Whitehead R. gastric ulcer and gastritis"
-Gut, 12: 639-645, 1971.

45.- LAMBERT, R.; MOULINIER, B. et al.
"La gastrite chronique associée à l'ulcère gastroduodenale".
-Arch. Fr. Mal. Ap. Dig. 62:53-59, 1973.

46.- OTTENJANN, R.; ROSCH, W. et al.
"Gastroscopic studies on gastritis erosion and ulcer".
-Rendic. R. Gastroenterol, 3:38-46, 1971.

47.- ROSCH, W.; SCHAUDIG, H. et al.
"Bioptische untersuchungen zur .frage der ulkusnarbe".
-Endoscopy, 3:129-137, 1971.

48.- SALUPERE, V.
"Gastric biopsy in peptic ulcer: a follow -up study".
-Scand. J. Gastroent. 4:537-543, 1969.

49.- RUSSO, A.; SANFILIPPO, G.
"La studio endoscopico del bulbo duodenale: rafronto con l'indagine radiológica".
-Minerva Gastroenterol. 21, 243-47, Dic.-1975.

50.- TEJEDO, V.; PALAZON, R. y col.
"Pauta de indicación de extracción de cuerpos extraños por endoscopia flexible en el tubo digestivo".
-Comunicación al XVI Congreso Nacional de la Sociedad Esp. de Pat. Digest. Zaragoza Abril, 1980.

51.- HIRSCHOWITZ, B.I.
"Endoscopy of the post-gastrectomy stomach".
-2º Congres Europeen D'Endoscopie Digestive; Paris, 1972.

52.- RUSSO, A.; MOULINIER, B.
"Contributo della dibroendoscopia alla diagnostica delle ulcere peptiche postoperatorie".
-Min. Gastroenterol. 21(4):248-53, Octb. - Decem. 1975.

53.- KRENTZ KLAUS.
"Atlas de enfermedades del estómago".
-Salvat, Editores, S.A. 1975. pág. 196.

54.- DEMLING, L.; OTTENJANN, R. y col.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del estómago".
-Ed. Científico-Médica, 12-2, pg.116, 1972

55.- KRENTZ KLAUS.
"Atlas de enfermedades del estómago.
-Salvat Editores, SA. 1975. pág. 195.

56.- KRENTZ KLAUS.
"Atlas de enfermedades del estómago".
-Salvat Editores, SA. 1975. pág. 197.

57.- LEV, R.
"The histochemistry of mucus produnning cells in the normal and diseased gastrointestinal mucosa".
-In Progress in Gastroenterology. Editor.- GBJ. Glass. Vol: 2, Nueva York, Grune y - Stratton, 1970 , pg. 13.

58.- MORSON, B.C.
"Intestinal metaplasia of the gastric mucosa".
-Brts. J. Cancer 9:365-376, 1955.

59.- THOMPSON, H.
"Gastritis in partial gastrectomy specimens"
-Gastroenterology, 36:861-876, 1959.

60.- KRENTZ, K.
"Gastroskopische and saugbioptische befunde am operieten magen".
-Dtsch. Med. Wschr, 89:664, 1964.

61.- HEINKEL, K.; PARPOULAS, S. et al.
"Bioptsche untersuchungsbefunde bei mageno perierten".
-Z. Gastroenterologie, 2:1 (1964).

62.- OTTENJANN, R.
"Der operierte magen".
-EM: Der Kranke Magen. Dir: L.Demling-Ur-- ban Schwarzenberg, Munich, 1970.

63.- KATZ, M.D. et al.
"The endoscopic diagnosis of upper gastro- intestinal hemorrage. Cahnging concepts - of etiology and management".
-Amr. J. Dig. Diss. 21 (25:182-9) Fb. 1976

64.- KAWAI, K.; SCHIMAMOTOK.
"Erosión of gastric mucosa: Pathogenesis, incidence and clasification of the erosi- ve gastritis".
-Endoscopy, 3:168, 1970.

65.- KAWAI, K.
"The evolution of the erosion".
-Gastroenterologia japanica, 3-377, 1968.

66.- DEMLING, L.; OTTENJANN, R. y col.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del estómago". Pág. 86.
-Editorial Científico-Médica, 1972.

67.- REVILLA DE LA, L.
"Las lesiones agudas de la mucosa gástrica"
-Rev. Esp. Enf. Ap.Digest. 48-449, 1976.

68.- KATZ, D.; SIEGEL, H.
"Gastritis erosiva y lesiones agudas de la mucosa gastrointestinal. Progresos en gastroenterología".
-Edit. Científico-Médica, Barcelona 1970.

69.- KAWAI, K.
"On the genesis of the gastric linear ulcer observed endoscopy cally".
-Proc. First, Congress Intern. Soc.Endoscopy . Tokio, 1966.

70.- DEMLING, L,; OTTENJANN, R. y col.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del estómago". Atlas. pg. 117.
-Edit. Científico-Médica, 1972.

71.- BERNDT, H.
"Gastritis nach magenrsektion".
-Zbl. Chir. 90:1813 (1965).

72.- DEMLING, L.; OTTENJANN, R. et al.
"Die gastrobiopsie". Ergebn.
-Inn. Med. Kinderheilk, 27:32, 1968.

73.- EDWARDS, F.C.; COGHILL, N.F.
"Clinical manifestations in patients with chronic atrophic gastritis, gastric ulcer and duodenal ulcer".
-Quart, J. Med. 37:337 (1968).

74.- OTTENJANN, R.; HECKEL, M.
"Gezielte endoskopische gastrobiopsic bei riesenfalten der magenscheleimhaut".
-Dtsch. Med. Wschr. 90:1510 (1965).

75.- OVER HOLT, B.F.; JEFRIES, G.H.
"Hypertrophic, Hypersecretory proteinlo--- sing gastropathy".
-Gastroenterology , 58:80(1970).

76.- OTTENJANN, R.; STADELMANN, O.
"Endoskopische biopsie gastroenteraler anastomosen".
-Moder Gastroenterology. Dir:O. Gregor; O. Riedl. Schattaver, Stuttgart, 1969.

77.- DEMLING, L.; ELSTER, K. y col.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del estómago". Atlas.
-Edit. Científico-Médica, 1972, pág. 121.

78.- DAHM, K.; KNIPPER, A. et al.
"Experimentelle studien zur pathogeness - dess anastomosengeschwürs".
-Dtsch. Med. Wschr. 101 (51), 1883-4. 17-- Dic. 1976.

79.- BEYER, J.; RUEFF, F.L.
"La recidive ulcerose dopo resezione gastrica".
-Minerva Med. 66 (77) :4.027-34, 14 Noviembre, 1975.

80.- MIQUEL DE J.
"Recidiva ulcerosa en el duodeno o aparición de una úlcera gástrica tras el uso de la vagotomía gástrica proximal sin drenaje por úlcera duodenal".
-Rec. Esp. Enf. Ap. Digest. Tomo LI, nº 3 1-X-77. 343.

81.- MIQUEL DE J.
"Resultados a largo plazo en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. Tomo L, nº 3, 1-5-77, pág. 243.

82.- Mc. CLELLAND, ROBERT, H.
"Ulcera gástrica de la boca anastomótica y úlcera recidivante".
-Tratado de Gastroenterologia. Interamericana, 1978. Cap. 63, pg. 749. Sleisenger.

83.- Mc. GUIGAN, JAMES E.
"Síndrome de Zollinger-Ellison y enfermedades relacionadas".
-Tratado de Gastroenteerología- Sleisenger Interamericana, 1978. Cap. 58, pg. 673.

84.- RODRIGUEZ SANCHEZ, y col.
"Tumor carcinoide: Revisión a propósito de 2 casos .de localización gástrica".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. Tomo LVIII,nº1 pg. 47, Julio 1980.

85.- Mc. GUIGAN, J.E.; TRUDEAU, W.L.
"Inmunochemical measurement of elevated levels of gastrin in the serum of patients with pancreatic tumors of the Zollinger--Ellison variety".
-New. Eng. J. Med. 278:1.308, 1968.

86.- WAY, L.; GOLDMAN, L., et al.
"Zollinger-Ellison syndrome. An analysis - os twenty-five cases".
-Amer. J. Surg. 116-293, 1968.

87.- POTET, F.; MARTIN, E. et al.
"A histological study of the pancreas in - the Zollinger-Ellison syndrome".
-Rev. Internat. Hepat. 16:737, 1966.

88.- PROYE, C.; LAGACHE, G. et al.
"Ulceres recidivante apres gastrectomie et hiperparathyroides primary".
-Chirurgie, 105 (1) , 56-60, 1979.

89.- KAPLAN, L.; KATZ, A.D. et al.
"Malignant neoplasms and parathyroid adenoma".
-Cancer, 1971, 28, 401-407.

90.- VAN HEERDEN J.A.; PRIESTLEY, J.T. et al.
"Postoperative alkaline reflux gastritis".
-Amer. J. Surg. 118:427, 1969.

91.- BELL, P.R.F.
"The long term effect of vagotomy on the - maximal acid responseto histamine in man"
-Gastroenterology,54: 392, 1968.

92.- THOMPSON, B.W.; READ, R.C.
"Clinical significance of the positive response to the Hollander test".
-Amer. J. Surg. 120: 660, 1970.

93.- READ, R.C.; DOHERTY, J.E.
"Cardiovascular effects of induced insulin hypoglycemia in man durin the Hollander - test".
-Amer. J. Surg. 119:155, 1970.

94.- HOLLANDER, F.
"The insulin test for the presence of in-- tact nerve fibers after vagal operations for peptic ulcer".
-Gastroenterology, 7:607, 1946.

95.- YALOW, R.S.; BERSON, S.A.
"Radioinmunoassay of gastrin".
-Gastroenterology, 58:1, 1970.

96.- PRÉVÔT, R.
"Die rontgendiagnostik des operierten ma-- gens".
-Dtsche. Med. Wschr. 88:942 (1963).

97.- DEMLING, L.; OTTENJANN, R.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del es tómago".
-Atlas Ed. Científico-Médica, 1972. Pg.134.

98.- KAWAY, TANAKA.
"Diagnóstico diferencial de las enfermedades gástricas".
-Ed. Científico -Médica, 1976.

99.- JOACHIM BURHENNE, H.
"El estómago operado. Enfermedad ulcerosa post-operatoria".
-Radiología del Ap. Digestivo, tomo I, Margulis, A.R., pág. 749. Salvat, 1ª Ed.1977

100.- JOACHIM BURHENNE, H.
"El estómago operado. La Radiología en el exámen postoperatorio del estómago".
-Radiología del Ap.Digest. Tomo I, Margulis A.R. pág. 723. Salvat, 1977.

101.- HAFTER, E.
"Der operierte magen".
-Dtsch. Med. Wschr. 88:937 (1963).

102.- PAJARES, J.M.
"Patología del estómago operado, objetivada por fibroendoscopia".Valoración diagnóstica e instrumental en 136 casos.
-Rev. Clin. Esp. 132-3, 251. 1974.

103.- HIRSCHOWITZ.
"Endoscopy of the postgastrectomy stomach"
-2º Congreso Endoscopia Digestiva.Paris, - 1972.

104.- BREGER, P.; KERNER, J. et al.
"Cancer primitif du moignon gastrique aprés gastrectomie pour ulcère".
-Ann. Chir. 14, 303-09. 1960.

105.- HELSINGEN, N.; HILLESTAD, L.
"Cancer development in gastric stump after partial gastrectomy for ulcer".
-Ann. Surg. 143, 173-79. 1956.

106.- BERENGUER, J.; SOTO, J.M. y Col.
"Carcinoma primitivo de muñón gástrico".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. XL,369, 1973.

107.- BEATSON, S.T.
"Carcinoma of the stomach after gastroyeyu nostomy".
-Brit. Med. J. 1, 15, 1926.

108.- RAMIREZ ARMENGOL, J.A.
"Carcinoma primitivo del muñón gástrico".
"Diagnóstico fibroendoscópico".
-Rev. Esp. Enf.Ap. Digest. tomo XLVI,nº 5
Nov. 1975. Pág. 535-40.

109.- OWEN, D.R.
"Carcinoma after gastro-enterostomy".
-Brit. Med. J. 1, 825. 1926.

110.- ARZUA ZULAICA, E.
"El cáncer de muñón gástrico".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. XLVII, nº 1, -
47-48, 1976.

111.- BRISSET, J. et al.
"Cancer de l'estomac developpé sept ans --
aprés une pylorectomie por ulcus. Nouvel-
le gastrectomie".
-Mem. Soc. Nat. Chor. 2:1.432-1.444. 1932.

112.- CASTELLO, J. y col.
"Carcinoma primitivo de est'omago operado"
-Radiología, 15, 555-562, 1973.

113.- DAHM, K. et al.
"Des Karzinom im operier tem magen".
-Dtsch. Med. Wschr. 100.; 19-1.073-1.078, 1975.

114.- GAZZOLA, L. M. et al.
"Cancer of the gastric stump following operations for bening gastric or duodenal ulcers".
-J. Surg. Oncol. 7, 4:293-298, 1975.

115.- GOUGH, D.C. et al.
"Is a gastroenterostomy a pre-malignant -- condition?".
-Gut, 16, 10: 843, 1975.

116.- HOLLENDER, L.F. et al.
"La consideration secondaire du moignon -- apres resection gastrique subtotale pour ulcers".
-Arch. Mal. App. Dig. 55:626, 1966.

117.- MORSON, B.C. et al.
"Precancerous lesions of .upper gastrointestinal tract".
-JAMA, 179;311-315, 1962.

118.- PULIMOOD, B.M. et al.
"Gastric mucosa after partial gastrectomy"
-Gut. 17:463-470, 1976.

119.- STALSBERG, H. et al.
"Stomach cancer following gastric surgery for bening conditions".
-Lancet, 2:1.175-1.177, 1971.

120.- BATALLER SIFRE, R.; CALATAYD, A.
"Estómago operado. Un nuevo caso de tumor maligno localizado en la boca anastomótica".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 39, 723-30, -- 1973.

121.- DEBRAY, C.; ROUX, M. et al..
"Les cancers du moignon gastrique aprés g-gastrectomie pour ulcus".
-Arch. Mal. App. Digestif, 39, 702-16.1950

122.- DEMLING, L.; ELSTER, K. y col.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del estómago".
-Ed. Científico-Médica, pg. 124, 1972.

123.- KÜLHMAYER, R.
"Zur technik der radikaloperations des magestumpafkarzinoms".
-Chirurg. 39, 522-24, 1968.

124.- ORRINGER, D.
"Carcinoma of the stomach following surgery for chromic duodenal ulcer".
--Surgery, 28, 680-83, 1950.

125.- PATEL, J.C.
"Les cancers du moignon gastrique aprés -- gastrectomie pour ulcère".
-Presse Medicale, 72, 1.843-44, 1964.

126.- PREISICH, P.; LASZLO, P.
"Cancer or the stomach following gastric resection for peptic ulcer".
-Arch. Mal. App. Digestif, 61, 67, 346. 1972. Com. IX Congrès International Gas-- troenterologie. Paris, 5-12- Jul. 1972.

127.- SAEGESSER, F.
"Resultats du traitement des cancer du moig non gastrique après resection d'estomac - pour ulcères gastro-duodenaux".
-Arch. Mal. App. Digestif, 59,659-74, 1970

128.- DOMINGUEZ MOLINER, A. y col.
"Carcinoma de muñón gástrico. Revisión de 20 casos".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 51, 269, 1977.

129.- MORENO, C. y col.
"Neoplasia primitiva del muñón gástrico".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 44: 785-86. 1974.

130.- LIAVAAG, K. et al.
"Cancer development in gastric stump after partial gastrectomy for peptic ulcer".
-Ann. Of. Surg. 155:Lo3-106, 1962.

131.- BECKER, T.H.; FREUND, E.
"Magenkarzinom und ulcuschirurcie".
-Zentralbl. Chir. 89, 455-60, 1964.

132.- ESCARTIN MARIN, P.; CHANTAR BARRIOS, G. y Col.
"Experiencia sobre 12 casos de carcinoma - de muñón gástrico".
-Rev. Clin. Esp. 119, 119-24, 1970.

133.- HEINZEL, J.; HESS, H. et al.
"Karzinombidung in mägen, die wegen ulcus ventriculi bluz duodeni reseziert wurden"
-Bruns Beitr. Klin. Chir. 201, 156-70,1960

134.- KRONBERGER, L.; HAFNER, H.
"Veber das primäre stumpfkarzinom nach ulcus resection".
-Chirurg. 39, 118-22, 1968.

135.- LEVRAT, M.
"Les cancers du moignon gastrique après -- gastrectomie pour ulcère".
-Rev. Lyon Méd. 12, 1961, 1963.

136.- DENCK, H. et al.
"21 years of ulcer surgery at the denc clinic in Vienna, 1933-1954, VI.The problem of carcinoma formation hazards in peptic-ulcer patients and gastrectomised".
-Gastroenterology, 88, 94-109, 1957.

137.- HOLLENDER, L.F.; MULLCER, P. et al.
"La cancérisation secondaire du moignon restant après resection gastrique subtotale et thérapeutiques à propos de 15 observations".
-Arch. Mal. App- Digestif, 55, 329,1966.

138.- KÜLMAYER, R.; BOKITANSKI, O.
"Das magenstrumpfkarzinom als spatproblem der ulcus chirurgie".
-Langenbechs Arch. Klin. Chir. 278, 361-75 1954.

139.- SMITH, FREDERIC W.; JEFFRIES, GRAHAM H.
"Problemas tardíos y persistentes después de una gastrectomía".
-Tratado de Gastroenterología, cap. 62, pg. 743. Sleisenger Marvin, H. Interamericana 1978.

140.- GONZALEZ CAMPOS., C.
"Cancer de boca anastomótica".
-Congreso Hispano-Italiano, Nápoles, 1980.

141.- DAHM, K.; WENER, B.
"Cancer expeérimental anastomosique. Pathogènese du cancer du moignon gastrique".
-Langenbecks Arch. Klin. Chir. 10-12,1973. 333, 3, 211-63. Cit. Encyclop. Med. Chirurgicale.

142.- BENEDICT, E.B.
"A Gastroscopy biopsi of 50 post-operative stomach".
-Gastroenterology, 38, 267, 1960.

143.- DEBRAY, C.; LAUMONIER, R. et al.
"La muqueuse gastrique des moignons de gastrectomie aux deux tiers (étude biologique).
-Arch. Mal. App. Digest f, 45, 373-81.1956

144.- JOHNSTON, D.N.
"A Biopsy study of the gastric mucosa post operative patients with and without marginal ulcer".
-Am. Jour. Gastroenterology, 46, 103-18, - 1966.

145.- DUPLESSIS, D.J.
"Gastric mucosal changes after operations of the stomach".
-South Afr. Med. Journ. 36, 471-78, 1962.

146.- SEIFFERT, E.
"Bioptische untersuchungen bei magenrese-zierten".
-Wien. Z. Inn. Med. 48, 72-79. 1967.

147.- LEES, F.; GRANDJEAN, L.C.
"The gastric and jejunal mucosas in heal--thy patients with partial gastrectomy".
-Arch. Ing. Med. 101, 943-46, 1958.

148.- PACK, G.T.; BANNER, R.L.
"Late development of gastric cancer after gastroenterostomy and gastrectomy for pep tic ulcer benign piloric stenosis".
-Surgery, 44, 1.024-33, 1958.

149.- LAWSON, H.H.
"Effect of duodenal contents on the gas--- tric mucosa under experimental conditions"
-Lancet, 1, 469-72, 1964.

150.- SARASIN, F.; FRANCO, R.
"Les cancers de l'estomac chez les malades opérés pour ulcère benin".
-Radiología Clin. 32, 243-53, 1963.

151.- JUSTIN-BESANÇON, L.; DEUIL, R. et al.
"Les cancers du moignon gastrique".
-Sem. Hôpitaux Paris, 41, 3.079-86, 1965.

152.- DARNAUD, C.; VOISIN, R.
"Contribution à l'étude du moignon du gastrectomisé pour ulcère".
-Arch. Mal. App. Digestif, 53, 1.131-33,- 1964.

153.- FONTAINE, R.; WARTER, P. et al.
"Etude radiologique de sept cancers développés sur des moignons de gastrectomie pour ulcère".
-J. Radiol. Electrol, 43, 465-69, 1962.

154.- MOREL, J.
"Cancerisation des bouches d'anastomose - après gastrectomie pour ulcère".
-Thèse Paris, 1956.

155.- DONY, A.; DE WITHE, C., et al.
"Le cancer du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère".
-Acta. Gastro. Bélgica 36, 554-60, 1973.

156.- FELDMAN, F.; SEAMAN, W.B.
"Primary gastric stump cancer".
-Amer. J. Roentgenology, 115, 257-67,1972

157.- GIOVANNINI, S.
"Carcinoma primitivo in sedo di gastrodiguiunostomia".
-Arch. Ital. Chir. 61, 461- 1941.

158.- KONJETZNY, G.D.
"Discussion Zentralbl".
-Chir. 66, 1729, 1939.

159.- PICCO, A.
"Carcinoma primitivo sui margini dell' -- anastomosi in resecato per ulcera".
-La Clin. Chir. 47, 16-27, 1948.

160.- BOTTCHER, H.; HANTSCHAMANN, N.
"Carcinoma de muñón gástrico".
-Medizinische Klinik, Ed. Española, 14, - 87-93, 1974.

161.- GRIESSER, G.; SCHMIDT, H.
"Statistische erhebungen über die häufigkeit des karzinoms nach magenoperation - wegen eines geschwürsleidens".
-Med. Welt. 1836-40, 1964.

162.- MONGES, H.; LEGRE, M. et al.
"Etude radiologique des cancers du moinon gastrique après gastrectomie pour ulcus"
-Arch. Mal. App. Digestif. 54,552-53, -- 1965.

163.- MORGENSTERNE, L.
"Vagotomy, gastroenterostomy and experi-- mental gastric cancer".
-Arch. Surg. 96, 920-23, 1968.

164.- STANCIU, G.
"Le cancer primitif du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère".
-Journ. Radiologie electrologie, 51,379--83, 1970.

165.- JONES, C.T.; WILLIANS, J.A.
"The effects of gastric operations on -- the gastric mucosa in partial gastrectomy".
-Butterworth. London, 1963, 132.

166.- LAMBILLIOTTE, J.P.
"Les cancers du moignon gastrique après - gastrectomie pour ulcère".
-Ann. Chirurgie, 20, 619-631, 1966.

167.- LECOMTE, P.; MONGES, H. et al.
"Aspects radiologiques des cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcus (A propos de 23 observations)".
-Jour. Radiologie, 46, 557-61, 1965.

168.- MONGES, H.; LECOMTE, P. et al.
"Cancers du moignon gastrique après gas--
trectomie pour ulcère".
-IV Jornadas Hispano-Francesas de Gastro-
enterología. Bilbao, 1967. Libro Actas,
285-287.

169.- SELBERK, B. et al.
"Carcinoma of the gastric stump. Cases --
diagnoses by gastroscopy with directed -
biopsy".
-T- Morske Laegeforen 95, 28:1575-76,1975

170.- ROUX, M.; DELAVIERRE, P.H.
"Schawannome malin du moignon gastrique -
chez un ancien gastrectomisé".
-Semaine Hôpitaux , 48, 1260-64, 1972.

171.- DEMLING, L.; OTTENJANN, R. et al.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del -
estómago".
-Ed. Científico-Médica, 1972, pg. 99.

172.- WELCH, C.H.
"Lesiones polipoides del tracto gastroin-
testinal.
-Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1967.

173.- SHIRAKABE, R.
"Frühkarzinom des manges".
-Atlas der Röentgendiagnostik- Thieme, --
Stuttgart, 1969.

174.- HAYASHY, T.; TAKAHASI, J. et al.
"Stomach polyps in Japan".
-Moderm gastroenterology dir: O. Gregor -
O-Riedl. Schattaver, Stuttgart, 1969.

175.- REGODON VIZCAINO, J.
"Mesa redonda de poliposis cólica familia".
-2ª Reunión de la Sociedad Castellano-Manchega de Patología Digestiva. C.Real, Octubre- 1979.

176.- REGODON VIZCAINO, J.
"Síndrome de Gadner. Estudio de una familia con afectación del 80% de los miembros de una generación".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. tomo LIV, pág-183, 1978.

177.- MARSCHAK, R.H.; FELDMAN, F.
"Gastric Polyps".
-Amer. J. Dig. Dis. 10: 909 (1965).

178.- DEMLING, L.; OTTENJANN, R. et al.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del - estómago".
-Atlas Ed. Científico-Médica, pg. 100, -- 1972.

179.- MONACO, A.P.; ROTH, S.I. et al.
"Adenomatous Polyps in the stomach".
-Cancer 15:456 (1962).

180.- IMHOF, J.W.; WIEBENGA, A.H. et al.
"Persisting sutures casting off into the stomach after gastric operations".
-Gastroenterologie (Brasil)96:291, 1964.

181.- HOARE, A.M.; ALEXANDER-WILLIAMS, J.
"Thread sutures seen on Gastroscopy: Do - they cause ulcers or indigestion?".
-Br. Med. J. 2(6093-996):7, 15-Oct.1972.

182.- PATERSON, H.J.
"Jejunal and gastrojejunal ulcer follo---
wing gastrojejunostomy".
-Proc. Roy. Soc. Med. 2:238 (1909).

183.- SMALL, W.P.; SMITH, A. N. et al.
"Suture line ulcer after gastric surgery"
-Amer. J. Surg. 115:477, (1968).

184.- DEMLING, L.; OTTENJANN, R. et al.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del -
estómago". Atlas, pg. 120.
-Ed. Científico-Médica, 1972.

185.- DEMLING, L.; OTTENJANN, R.
"Endoscopia y biopsia del esófago y del -
estómago".
-Ed. Científico-Médica, 1972, pg. 119.

186.- GEAR, M.W.L.; DOWLING, B.L.
"Suture line ulcer gastric surgery caused
by mom-absorbable suture materials".
-Brit. J. Surg. 57:356 (1970).

187.- MACHELLA, T.E.
"Mechanism of post-Gastrectomy Dumping' - Syndrome".
-Ann. Surg. 130:145, 1949.

188.- FENGER, H.J.
"The Dumping syndrom and gastric Emptying".
- Acta. Chir. Scand. 1965, 129, 86-95.

189.- ROBERTS, K.E. et al.
"Cardiovascular and blood volume altera-- tions resulting from intrajejunal admi-- nistration of hypertonic solutions to -- gastrectomized patients: Relation ship - of these changes to Dumping syndrome".
-Ann. Surg. 140:631, 1954.

190.- ZOLLINGER, R.M.; WILLIAMS, R.D.
"Consideration in surgical treatment for duodenal ulcer".
-J.A.M.A. 160:367, 1956.

191.- LAHEY, F.H.; MARSHALL, S.F.
"The surgical treatment of peptic ulcer".
-New. Engl. J. Med. 246 : 115, 1952.

192.- ABBOTT, W.E.; KRIEGER, H. et al.
"The etiology and management of the Dum-- ping syndrome following a gastroenterostomy or subtotal gastrectomy".
-Gastroenterology 39 : 12, 1960.

193.- GEFFROY, Y.; COLIN, R. et al.
"Le Dumping syndrome".
-Cahiers Coll. Med. 1968, 9, 209-216.

194.- BURGER, A.J.; LE QUINTREC, Y. et al.
"Ulcères.-Gastrectomies- Dumping síndrome"
-Concours Méd. 1970, 92, 9701-707.

195.- MADSEN, P.
"The afferent loop syndrome; a roetgen and cineroentgenographic study".
-Acta Chir. Scand. 129 : 417, 1965.

196.- COX, H.T.; ALLAN, W.R.
"The Dumping syndrome; an investigation - and a cause".
-Lancet, 2 : 672, 1961.

197.- HINSHAW, D.B.; JOERGENSON, E.J.
"Preoperative Dumping studies in peptic - ulcer patients".
-Arch. Surg. 80 : 738, 1960.

198.- HOWE, C.T.; LE QUESNE, L.P.
"Effect of insuline on the Dumping syn--- drom".
-Brit. Med. J. 1962, 2, 1.504-1.508.

199.- LE QUINTREC, Y.
"Patología del esómago operado; Tratado - de enfermedades del aparato digestivo, - tomo II. Enfermedades del tubo digestivo.
-Debray, Ch. Geffroy, Y. pg.776.
Ed. Toray, Masson, S.A. 1980.

200.- CHIMENES, H.; VALLIN, J. et al.
"Etude chinique et métabolique des trou-- bles glycorégulateurs des gastrectomisés : le diabètes des gastrectomisés".
-Ann. Endocrin. 1967, 28, 611-639.

201.- JOHNSON, L.P.
"Serotonin antagonist in experimental and clinical Dumping".
-Am. J. Surg. 1962, 156, 537.

202.- MC. DONALD, J.M.; WEBSTER, M.M. et al.
"Serotonin ad bradykinin in the Dumping - syndrom".
-Am. J. Surg. 1967, 17, 204.

203.- BONFILS, S.
"Le Dumping syndrome, étude biologique, - Nutritionnelle et psychosomatique".
-Act. Hépato. Gastroent. Hôtel-Dieu, 1965 1, 267-279.

204.- LE QUINTRECH, Y.
"Patología del esómago operado".
-Tratado de Enf. del Ap. Digestivo. De--- bray, Ch.; Geffroy, Y. tomo II. pg. 277. Ed. Toray-Masson, S.A. 1980.

205.- BURHENNE, H.J.
"El estómago operado".
-Radiologia del Ap. Digestivo. Margulis, A R., tomo I. cp. 29, pg.722.Edit.Salvat, 1978.

206.- WERNER, B.; LEPPIN, A. et al.
"Duodenaler reflux und gastritis im Bil--
rroth-I magen".
-Dtsch. Med. Wochenschr. 100 (46):2.385-8
15-Nov. 1975.

207.- OFFEN, J.CH.; CALETTI, G.C.
"Importanza dell'indagine fibroscopia nel
lo stomaco operato".
-Minerva Gastroenterol, 21 (1):3-6, Jan--
mar. 1975.

208.- COTE, R. et al.
"Cancer of the stomach after gastric re--
section for peptic ulcer".
-Surg. Gyn. Obstr. 107:200-204.

209.- OTTENJAHN, R.
"Chronische gastritis".
-Dtsch. Med. Wschr. 95:1.235 (1970).